

ĐAU TIM

CÁC BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ

Tại sao bạn bị ĐAU TIM ?

GUYỄN
C LIỆU

TRIỆU CHỨNG VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

Karen J. Carlson * Stephanie A. Eisenstat * Terra Ziporyn
Biên dịch: Bs. Minh Đức



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

ĐAU TIM

Các bệnh tim ở phụ nữ

Nguyên bản:

THE WOMEN'S CONCISE GUIDE TO A HEALTHIER HEART

Harvard University Press

Copyright © 1997 by the President and Fellows of Harvard College

KAREN J. CARLSON
STEPHANIE A. EISENSTAT
TERRA ZIPORYN

ĐAU TIM

CÁC BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ

Biên dịch: BS. MINH ĐỨC

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời mở đầu

Có một câu chuyện thần thoại về cái chết xảy ra từ từ mà bệnh tim chính là một vấn đề gây ra cái chết xảy ra từ từ đó, nhưng người ta không hiểu vì một lý do nào đó lại khiến cho phụ nữ thoát khỏi cái chết này. Câu chuyện huyền thoại này đã ngang nhiên chống đối lại với thực tế là hàng năm có khoảng 2,5 triệu phụ nữ Mỹ phải nhập viện vì bệnh tim và khoảng 500.000 phụ nữ Mỹ bị chết vì bệnh tim mạch, một nửa số đó là do bệnh mạch vành. Thực tế bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất cho phụ nữ ở Hoa Kỳ. Nổi bật hơn cả là khoảng 300.000 phụ nữ Mỹ mà đa số là ở trong thời kỳ sinh đẻ có bất thường bẩm sinh về tim mạch.

Mặc dù các con số thống kê nêu trên đã khiến cho mọi người phải kinh ngạc nhưng thực tế vẫn chưa có nhiều nghiên cứu giúp hướng dẫn cách để chẩn đoán, điều trị, và ngăn ngừa bệnh tim ở phụ nữ. Trước đây người ta vẫn chưa tiến hành các nghiên cứu quy mô để đánh giá xem các yếu tố về mặt kinh tế, xã hội, tâm sinh lý học có tác động như thế nào đến bệnh tim mạch của phụ nữ. Cho đến những năm gần đây, đa số các nghiên cứu về tim mạch cũng chỉ thực hiện ở nam giới. Phụ nữ ở tuổi sinh sản không được đưa vào nghiên cứu vì một số nhà nghiên cứu

cho rằng các biến số gây nhiều như là các thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt sẽ làm cho kết quả nghiên cứu trở nên phức tạp. Người ta cũng không đưa những phụ nữ lớn tuổi vào nghiên cứu vì họ có nhiều bệnh nội khoa khác đi kèm. Các yếu tố gây nhiễu không được đưa vào nghiên cứu có lẽ là vì các yếu tố này có thể có một mối liên quan nào đó theo cách mà bản thân bệnh tim được bộc lộ ra trên phụ nữ. Ngày nay các nghiên cứu đang cố gắng đưa các yếu tố này vào trong nghiên cứu.

Bệnh tim còn được gọi là bệnh tim mạch bao gồm một số các rối loạn liên quan đến tim và các mạch máu của tim. Nhiều trong số các rối loạn này được xếp vào nhóm bệnh mạch vành - một thuật ngữ mà bản thân nó bao gồm nhiều tình trạng bệnh lý. Đa số bệnh mạch vành là do xơ vữa động mạch - một tiến trình trong đó mỡ và cholesterol lắng đọng ở thành trong động mạch của toàn bộ cơ thể. Theo thời gian, mô sẹo và các mảnh vụn khác được tạo thành khi mỡ và cholesterol bị lắng đọng nhiều hơn. Khi có trên một động mạch vành cung cấp máu cho cơ tim bị hẹp nặng (một tình trạng được gọi là bệnh mạch vành) và đặc biệt khi có cục máu đông hình thành tại chỗ hẹp của động mạch vành thì không thể cung cấp đủ oxy cho cơ tim. Hậu quả là cơn đau thắt ngực và có thể là nhồi máu cơ tim.

Ngoài cơn đau thắt ngực, bệnh mạch vành còn bao gồm một số rối loạn mà có thể là biến chứng của tình trạng xơ vữa động mạch như suy tim sung huyết và rối loạn nhịp

tim. Phụ nữ còn có thể mắc phải một số bệnh van tim mà không phải lúc nào cũng do xơ vữa động mạch gây ra.

Một số yếu tố nguy cơ gây ra bệnh tim mạch ở cả hai giới có thể giống nhau. Các yếu tố nguy cơ này là béo phì, hút thuốc lá, cao huyết áp, tiểu đường, lối sống ít vận động, có tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch và có thể là stress, mức cholesterol và mỡ trong máu cao. Yếu tố nguy cơ khác biệt chủ yếu giữa hai giới chính là các yếu tố về sinh học, y học và xã hội.

Những khác biệt về mặt sinh học giữa hai giới

Tỉ lệ mắc bệnh mạch vành ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thấp. Chỉ có 1 trong số 1.000 phụ nữ ở độ tuổi từ 35 đến 43 và 4 trong số 1.000 phụ nữ ở độ tuổi từ 45 đến 54 là có thể tiến triển đến bệnh mạch vành (các con số thống kê này thật sự đúng đối với tất cả các phụ nữ ngoại trừ phụ nữ bị bệnh tiểu đường - là nhóm người có nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao nhất).

Ở phụ nữ sau tuổi mãn kinh, nguy cơ mắc bệnh mạch vành tăng gấp 2 đến 3 lần. Việc cắt bỏ cả hai buồng trứng trước khi bệnh nhân mãn kinh tự nhiên có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh nhồi máu cơ tim lên gấp 3 lần. Sau tuổi mãn kinh nguy cơ mắc bệnh mạch vành gia tăng thường là do giảm ngưỡng estrogen; estrogen bảo vệ mạch vành khỏi bị xơ vữa

Mặc dù bệnh tim mạch ở nữ có khuynh hướng xảy ra muộn hơn so với nam giới nhưng phụ nữ lại có nhiều khả

năng bị tử vong hơn nam giới một khi bệnh tiến triển. Tỷ lệ tử vong của phụ nữ bị bệnh mạch vành trong vòng 2 tháng sau khi khởi phát cơn nhồi máu cơ tim đầu tiên gấp 2 lần nam giới và tỷ lệ bị nhồi máu tái phát của phụ nữ cũng cao hơn so với nam giới.

Người ta vẫn chưa hiểu rõ vì sao có sự khác biệt sinh học vừa nêu trên nhưng người ta biết rằng tim và động mạch vành của phụ nữ đều nhẹ và nhỏ hơn so với nam giới và điều này có thể có một số ảnh hưởng nào đó trên tiến trình xơ vữa động mạch hay khả năng đáp ứng với điều trị. Ngoài ra, do lứa tuổi mắc bệnh tim mạch của phụ nữ thường cao hơn nam giới nên khả năng có nhiều bệnh nội khoa khác đi kèm cũng cao hơn so với nam giới.

Điều trị bằng thuốc và phẫu thuật cho phụ nữ không phải lúc nào cũng mang lại hiệu quả cao như nam giới. Ví dụ việc dùng thuốc tiêu sợi huyết là thuốc làm tan cục máu đông để điều trị nhồi máu cơ tim ở cả hai giới đều đạt được hiệu quả như nhau trong việc làm tan cục máu đông đe dọa tính mạng bệnh nhân nhưng phụ nữ lại thường bị biến chứng xuất huyết nặng hơn nam giới sau khi dùng thuốc tiêu sợi huyết. Ngoài ra, vì các cơn nhồi máu cơ tim của phụ nữ thường nặng hơn so với nam giới, vì lứa tuổi trung bình mắc bệnh nhồi máu cơ tim của phụ nữ cũng cao hơn so với nam giới nên họ cũng có nhiều bệnh lý nội khoa khác đi kèm theo khi bị nhồi máu cơ tim làm cho tiên lượng của bệnh trở nên nặng nề hơn.

Người ta cũng ít thực hiện các thủ thuật ngoại khoa để điều trị bệnh mạch vành ở phụ nữ hơn so với nam giới một phần chỉ đơn giản là vì chúng không có hiệu quả cao. Các thủ thuật này bao gồm nong động mạch vành bằng bóng, lấy bỏ mảng xơ vữa trong lòng động mạch vành và thủ thuật mổ bắc cầu (tạo ra một đường vòng đi tắt ngang qua chỗ động mạch bị hẹp). Mặc dù kết quả sống còn về lâu về dài sau khi thực hiện các thủ thuật này là giống nhau ở cả hai giới nhưng phụ nữ thường có nhiều biến chứng hơn so với nam giới và tỉ lệ tái hẹp động mạch vành 4 năm sau khi nong động mạch vành bằng bóng ở phụ nữ gấp 2 lần so với nam giới.

Người ta vẫn chưa biết rõ liệu các loại thuốc như aspirin, các thuốc chẹn beta, chẹn kênh canxi có mang lại hiệu quả điều trị như nhau trong cả hai giới hay không. Người ta vẫn chưa nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả điều trị của các thuốc làm giảm mỡ trong máu (bao gồm Mevacor và Lopid) ở phụ nữ đặc biệt là phụ nữ sau 60 tuổi - là lứa tuổi có nhiều chỉ định sử dụng thuốc giảm mỡ máu nhất.

Những khác biệt về mặt y học giữa hai giới

Bệnh tim của phụ nữ thường được chẩn đoán vào lúc lớn tuổi một phần là bởi vì bản thân thấy thuốc và bệnh nhân ít khi nhận ra được các triệu chứng của họ. Ngược lại với cơn đau thắt ngực ở nam giới, các triệu chứng tim mạch của phụ nữ thường mơ hồ chẳng hạn như bệnh nhân chỉ than phiền

đau âm ỉ ở vùng trước ngực, khó thở, khó chịu ở dạ dày, ợ nóng kéo dài, yếu hay mệt mỏi. Thậm chí khi phụ nữ bị đau thắt ngực thì đại đa số các trung tâm y khoa cũng ít khi làm các thử nghiệm để chẩn đoán bệnh như với nam giới có các triệu chứng tương tự. Các thử nghiệm này bao gồm điện tim gắng sức để xác định xem khả năng hoạt động của tim như thế nào khi gắng sức. Và khi tiến hành các thử nghiệm này thì tim của phụ nữ cũng có vẻ đáp ứng với gắng sức và cho ra những kết quả cũng khác hơn so với nam giới. Vì vậy, đôi khi người ta khó giải thích được những bất thường trên điện tim của phụ nữ khi căn cứ vào các tiêu chuẩn đã được thiết lập từ những công trình nghiên cứu ở nam giới.

Người ta cũng ít khi thực hiện chụp động mạch vành ở phụ nữ (có thể cho thấy chỗ động mạch vành nào bị tắc nghẽn), và họ cũng ít khi thực hiện những thủ thuật gây chảy máu và sử dụng các thuốc tim mạch như nam giới ngay cả khi mức độ triệu chứng như nhau. Hơn nữa phụ nữ ít đến các trung tâm phục hồi chức năng, ít quan tâm đến sức khỏe hơn so với nam giới có thể là vì người ta thường chỉ tập trung những chương trình cho phụ nữ lớn tuổi mà thôi.

Nói thế nào đi chăng nữa thì cũng phải thừa nhận rằng phụ nữ ít được chăm sóc nhiều như nam giới.

Những khác biệt về mặt xã hội giữa hai giới

Một phần nữa giúp giải thích tại sao tiến triển bệnh tim ở phụ nữ và nam giới diễn ra không giống nhau chính là các

yếu tố về mặt xã hội. Phụ nữ lớn tuổi có nhiều khả năng mắc bệnh tim mạch lại ít nhận được sự động viên thúc giục từ phía người chồng để đi đến thầy thuốc khám bệnh và cũng ít nhận được sự trợ giúp của người chồng trong các công việc nội trợ, chính vì thế mà họ ít tham gia vào các chương trình huấn luyện hồi phục sức khỏe tim mạch.

Phụ nữ cũng thường bị lo âu, trầm cảm nhiều hơn nam giới khi họ bị nhồi máu cơ tim hoặc chuẩn bị phẫu thuật điều trị bệnh mạch vành. Một số nhà nghiên cứu cho rằng các triệu chứng tâm lý này có thể khiến cho những người phụ nữ bị nhồi máu cơ tim có khuynh hướng bị bệnh nặng hơn và quay về những công việc bình thường cũng chậm hơn so với nam giới. Phụ nữ cũng cần nhiều thời gian để hồi phục sức khỏe và phải nghỉ việc nhiều ngày hơn so với nam giới khi họ bị nhồi máu cơ tim.

Vì trầm cảm và lo âu thường xảy ra ở phụ nữ nên đôi khi phụ nữ bị đau ngực và nhịp tim nhanh lại bị quy là do các rối loạn về tâm lý chứ không phải do các bệnh tim mạch khác đi kèm. Thực tế, trầm cảm và hoảng hốt có thể làm cho bệnh lý tim mạch nặng thêm và sẽ làm tăng nguy cơ tử vong. Phụ nữ đang dùng các thuốc hướng tâm thần để điều trị trầm cảm hoặc lo âu thì nên thông báo cho bác sĩ điều trị tim mạch biết. Không phải chỉ có các thuốc hướng tâm thần mới có ảnh hưởng đến tim mạch mà cả các thuốc tim mạch cũng có ảnh hưởng đến các trạng thái tâm thần, ví dụ như thuốc chẹn beta.

Phụ nữ mắc bệnh tim mạch cũng cần nói thẳng cho thầy thuốc biết rõ về công việc cũng như các trách nhiệm trong gia đình của mình vì những điều này có thể gây trở ngại cho kế hoạch điều trị của họ. Nếu cần, họ có thể thảo luận với các bác sĩ, các nhà tâm lý học, các nhân viên hoạt động xã hội để tìm ra những giải pháp tốt nhất và giúp họ có một sức khỏe tốt.

BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ

CƠN ĐAU THẮT NGỰC

Cơn đau thắt ngực hiểu đơn giản là đau trong ngực. Nói chung, cơn đau thắt ngực xảy ra theo cơn và tự giới hạn (tối đa là 10-15 phút) và có thể khởi phát do bất kỳ yếu tố nào làm tăng hoạt động của tim dẫn đến làm tăng nhu cầu về máu nuôi và nhu cầu oxy của tim vượt qua khả năng bình thường của nó. Các yếu tố này có thể là những gắng sức trong sinh hoạt hàng ngày như đi bộ, lên cầu thang, các sang chấn về tình cảm, nhiễm lạnh hay thậm chí sau một bữa ăn quá no. Cơn đau thắt ngực xảy ra là do mất cân bằng giữa cung và cầu - nhu cầu máu và oxy cho cơ tim tăng lên còn cung thì lại không đủ - gây ra một tình trạng được gọi là thiếu máu cục bộ cơ tim.

Mặc dù không phải lúc nào cơn đau thắt ngực cũng là một dấu hiệu tiên đoán về cơn nhồi máu cơ tim sắp xảy ra sau đó, nhưng ngay cả khi cơn đau thắt ngực xuất hiện thoáng qua cũng có thể là một dấu hiệu của bệnh mạch vành nghiêm trọng và vì vậy mà cơn đau thắt ngực nên

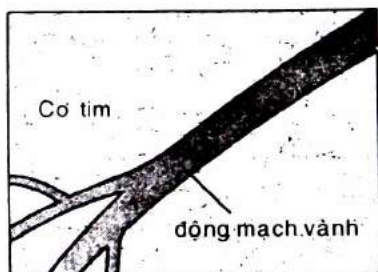
được các thầy thuốc quan tâm một cách đặc biệt. *Bất kỳ một người phụ nữ nào bị cơn đau ngực kiểu bóp nghẹt hay đè nặng lên ngực kéo dài trên 20 phút thì nên được đưa đi cấp cứu ngay lập tức. Có thể là bệnh nhân đang bị một cơn đau tim đe dọa tính mạng.*

Những ai có nhiều nguy cơ bị cơn đau thắt ngực?

Ở độ tuổi dưới 75, nam giới có xu hướng bị cơn đau thắt ngực nhiều hơn phụ nữ. Tần suất bị cơn đau thắt ngực ở người phụ nữ tăng theo tuổi do đó ở độ tuổi trên 75 thì phụ nữ lại có xu hướng bị đau thắt ngực nhiều hơn nam giới. Cơn đau thắt ngực ở phụ nữ có những tiến triển và diễn biến khác nhau. Mặc dù hầu hết các cơn đau thắt ngực ở cả hai giới đều xảy ra sau những cố gắng của cơ thể nhưng nhiều phụ nữ bị cơn đau thắt ngực hơn nam giới khi gặp phải các sang chấn về tình cảm hay ngay cả trong giấc ngủ hoặc nghỉ ngơi.

Một giải thích cho sự khác biệt này là hầu hết các cơn đau thắt ngực ở nam giới là do xơ vữa động mạch - đây là hiện tượng các động mạch bị nghẽn tắc do mảng mỡ. Khi hiện tượng xơ vữa động mạch xảy ra trên các động mạch của tim thì nó được gọi là bệnh động mạch vành (coronary artery disease- CAD) và có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim nếu không được điều trị. Cơn đau thắt ngực ở phụ nữ dưới 50 có thể là do hoặc xơ vữa động mạch hoặc co thắt động mạch vành cung cấp máu cho cơ tim. Sự co thắt động mạch

Hai nguyên nhân gây cơn đau thắt ngực ở phụ nữ



Cơ tim được tưới máu đầy đủ



Mảng xơ vữa động mạch làm tắc nghẽn động mạch vành nuôi dưỡng cơ tim, cơ tim không được tưới máu đầy đủ và từ đó gây ra cơn đau thắt ngực



Động mạch vành co thắt cũng là một nguyên nhân làm cho cơ tim không được tưới máu đầy đủ và cũng là nguyên nhân gây ra cơn đau thắt ngực

vành là sự hẹp đột ngột và tạm thời lớp cơ trơn bên trong động mạch vành mà bình thường lớp cơ này giúp điều hoà lưu lượng máu. Loại đau ngực này được đặc trưng bởi đau khi nghỉ ngơi và còn được gọi là đau thắt ngực biến thể hay đau thắt ngực Prinzmetal hoặc đau thắt ngực lúc nghỉ ngơi. Tỷ lệ mắc bệnh đau thắt ngực khi nghỉ ở phụ nữ giúp giải thích tại sao một số phụ nữ trẻ có động mạch vành bình thường nhưng vẫn bị đau thắt ngực. Đau thắt ngực biến thể có vẻ gây ra các biến chứng nghiêm trọng và tử vong ít hơn so với cơn đau thắt ngực điển hình. Thực tế 90% bệnh nhân có cơn đau thắt ngực biến thể vẫn có thể sống khỏe mạnh 5 năm sau khi chẩn đoán.

Người ta vẫn chưa hoàn toàn hiểu lý do gì đã thúc đẩy động mạch vành co thắt. Có nhiều yếu tố đang được nghiên cứu, như tăng hoạt tính của tiểu cầu (là một thành phần của máu gây đông máu), hút thuốc lá, căng thẳng. Bất kể nguyên nhân sau cùng là gì đi nữa thì tất cả các trường hợp co thắt mạch vành xảy ra do luồng canxi đi vào các tế bào cơ trơn của thành mạch vành.

Một số phụ nữ với triệu chứng đau thắt ngực có thể biểu hiện một tình trạng được gọi là đau thắt ngực vi mạch (trước đây gọi là hội chứng X). Dù nhiều người bị hội chứng này, mà đa số là phụ nữ có những bất thường trên điện tim nhưng mạch vành không bị nghẽn, chức năng tim bình thường và hiếm khi biểu hiện tình trạng thiếu oxy cho tim khi gắng sức hoặc stress. Một số nhà nghiên cứu cho rằng

đau thắt ngực vi mạch có lẽ do rối loạn chức năng của một vài động mạch nhỏ nằm gần những động mạch vành lớn.

Đau thắt ngực biến thể hay gặp ở những phụ nữ dưới 50 tuổi, còn đa số đau thắt ngực ở phụ nữ trên 50 tuổi là loại điển hình do xơ vữa động mạch và bệnh mạch vành gây ra. Bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở phụ nữ.

Phụ nữ hiếm khi bị xơ vữa động mạch trước tuổi 50 hoặc 60, trong khi đó nam giới thì có nhiều khả năng bị xơ vữa ở lứa tuổi dưới 60. Sự gia tăng tỉ lệ xơ vữa động mạch sau tuổi 50 ở phụ nữ một phần là do giảm nồng độ hormon estrogen sau mãn kinh. Những phụ nữ trước 60 tuổi bị bệnh tiểu đường hay cao huyết áp sẽ có nhiều nguy cơ xơ vữa động mạch hơn nam giới ở cùng độ tuổi. Hút thuốc lá và ít vận động đều làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch ở cả hai giới.

Đau thắt ngực biến thể và đau thắt ngực vi mạch phần lớn xảy ra ở lứa tuổi trẻ. Đau thắt ngực vi mạch đôi khi xảy ra ở phụ nữ gần hay sau khi mãn kinh, điều này cho thấy khả năng có liên quan đến sự giảm nồng độ estrogen. Một vài phụ nữ bị đau thắt ngực biến thể dường như có thêm các tình trạng khác liên quan đến sự co mạch như đau nửa đầu, hiện tượng Raynaud (một tình trạng trong đó các đầu ngón tay, ngón chân trở nên tái nhợt khi tiếp xúc với lạnh hay đôi khi do sang chấn tình cảm) và đôi khi là dùng aspirin ở người hen. Nhiều bệnh nhân là những người nghiện thuốc lá nặng và có thể chính thuốc lá gây co thắt mạch vành.

Triệu chứng của đau thắt ngực

Bản thân đau thắt ngực là một triệu chứng chứ không phải là một bệnh. Bệnh nhân thường mô tả cơn đau bằng cảm giác như có vật gì đè nén ngang qua ngực, hay cảm giác ngột ngạt như có cái gì đó siết cổ họng... Đau có thể lan lên cổ, vai, xương hàm, cánh tay. Cơn đau thắt ngực điển hình thường xảy ra khi gắng sức hoặc sang chấn về tình cảm, nói chung cơn đau chỉ kéo dài khoảng vài phút và giảm khi nghỉ ngơi. Nếu cơn đau kéo dài khoảng 20 phút thì người thấy thuốc lâm sàng nên xem xét hội chẩn lại bởi vì có khả năng bị tổn thương tim kéo dài. Nhờ thuốc mà cơn đau thắt ngực có thể được khống chế và nguy cơ nhồi máu cơ tim cũng giảm.

Đau trong đau thắt ngực biến thể hay đau thắt ngực vi mạch thường không thể nào phân biệt được với cơn đau thắt ngực điển hình. Tuy cơn đau thắt ngực biến thể thường hay xảy ra nhưng sau đó là một giai đoạn dài không có triệu chứng.

Các phương tiện dùng để chẩn đoán cơn đau thắt ngực

Nói chung thường rất khó chẩn đoán một phụ nữ bị đau ngực là đau thắt ngực hay bệnh mạch vành. Mặc dù khả năng đau ngực điển hình của phụ nữ tiền mãn kinh là rất thấp nhưng bất kỳ một phụ nữ nào có triệu chứng đau ngực thì ít nhất nên thông báo cho thầy thuốc biết về các yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành của mình. Nếu đau ngực

được cho là cơn đau thắt ngực thì bệnh nhân nên được làm điện tim lúc nghỉ và sau khi gắng sức để xem có biểu hiện tổn thương hay thiếu máu nuôi cơ tim hay không. Nếu điện tim bình thường thì thầy thuốc nên tìm kiếm các nguyên nhân gây đau ngực khác ngoài tim.

Đau ngực giống như đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim đôi khi do viêm màng ngoài tim. Bệnh thường gặp hơn ở người trẻ, với tỉ lệ ngang nhau ở cả hai giới. Viêm màng ngoài tim thường do siêu virus và thường bắt đầu bằng cảm cúm (nhiễm trùng đường hô hấp trên), nhưng cũng có thể do virus quai bị, cúm, thủy đậu, bệnh tăng bệnh cầu đơn nhân, rubêon (sởi Đức) và viêm gan virus B.

Viêm màng ngoài tim do virus thường diễn tiến thầm lặng, gây đau nhiều nhưng thường không nghiêm trọng. Bệnh thường khỏi sau 1-3 tuần và có thể giảm đau bằng aspirin hay thuốc giảm đau nhẹ khác. Nhưng vì các triệu chứng của viêm màng ngoài tim giống như các triệu chứng của nhồi máu cơ tim (ngoại trừ sự di động lồng ngực không làm nặng lên cơn đau trong nhồi máu cơ tim) cho nên bất kỳ bệnh nhân nào nghi ngờ viêm màng ngoài tim thì nên đi khám thầy thuốc ngay. Hai tình trạng bệnh lý này có thể phân biệt qua xét nghiệm máu, khám thực thể, điện tim.

Phụ nữ lớn tuổi hay phụ nữ có bất thường trên điện tim thì nên làm các xét nghiệm sâu hơn như siêu âm tim, nghiệm pháp gắng sức, thông tim với chụp mạch vành...

Đau thắt ngực được điều trị như thế nào?

Cho đến nay ngày càng có nhiều nghiên cứu tập trung vào nghiên cứu về cơn đau thắt ngực ở phụ nữ. Những phụ nữ bị cơn đau thắt ngực nhưng chưa tiến hành can thiệp gì thì nên tiếp tục sử dụng các loại thuốc như nam giới. Các thuốc điều trị hiệu quả nhất và được dung nạp nhiều nhất là các nitrat, các thuốc chẹn kênh canxi và chẹn beta. Nên sử dụng loại thuốc nào là tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe chung của từng bệnh nhân.

1/ Nitroglycerin:

Cơn đau thắt ngực được điều trị một cách đơn giản và nhanh chóng bằng cách đặt một viên nitroglycerin dưới lưỡi. Nitroglycerin và các loại nitrat khác làm giãn động mạch vành và làm tăng lưu lượng máu đến tim. Nitrat cũng có sẵn trên thị trường dưới dạng thuốc xịt, thuốc mỡ, dạng miếng phóng thích chậm dùng để dán vào da và dưới dạng viên uống.

2/ Thuốc chẹn beta:

Loại thuốc này làm giảm huyết áp và làm ổn định nhịp tim cho phép phần mạch vành bị tắc nghẽn có nhiều thời gian để tưới máu cho cơ tim. Hiện nay loại thuốc cổ điển này vẫn được dùng và được xem là thuốc làm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim cho những bệnh nhân bị đau thắt ngực.

Thỉnh thoảng các thuốc chẹn beta có thể gây ra nhiều

phiền toái trong việc kiểm soát đường huyết ở phụ nữ bị tiểu đường tuýp I (tiểu đường phụ thuộc vào Insulin) nhưng có thể xử lý bằng cách theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. Bởi vì phụ nữ ở mọi lứa tuổi khi bị tiểu đường đều có nguy cơ bị bệnh mạch vành rất cao chính vì thế mà lợi ích của thuốc chẹn beta trong điều trị bệnh mạch vành đã vượt qua các nguy cơ của thuốc trên bệnh tiểu đường.

Các thuốc chẹn beta cũ như propranolol và timolol đôi khi gây ra trầm cảm hay mệt mỏi, mạch chậm, choáng váng, tiêu chảy, lạnh hay buốt ở đầu ngón tay, ngón chân, khô miệng, mắt, da. Ít gặp hơn, thuốc có thể gây mất ngủ, ảo giác, lo âu, lú lẫn, hay khó thở (cần hết sức thận trọng cho những bệnh nhân bị hen). Nhưng các thuốc chẹn beta mới có tác dụng chọn lọc hơn trên tim như atenolol, metoprolol, thì ít gây ra các tác dụng phụ không mong muốn như trên.

3/ Thuốc chẹn kênh canxi:

Một nhóm thuốc khác dùng để điều trị cơn đau thắt ngực điển hình hay đau ngực do co mạch vành ở phụ nữ là nhóm thuốc chẹn kênh canxi như nifedipin, verapamil, diltiazem. Thuốc ngăn chặn mạch máu co thắt bằng cách ngăn chặn luồng canxi đi vào trong tế bào cơ trơn của thành mạch vành. Phụ nữ bị đau thắt ngực vì mạch có thể không cần điều trị gì cả nhưng nếu đau ngực làm cho bệnh nhân khó chịu thì thuốc chẹn kênh canxi sẽ làm giảm đi các phiền toái đó.

4/ Aspirin:

Aspirin đã trở thành thuốc không thể thiếu được trong dự phòng cơn đau thắt ngực do bệnh mạch vành. Thuốc tác dụng một phần bằng cách làm giảm sự kết dính tiểu cầu (tiểu cầu là một thành phần của máu đóng vai trò quan trọng trong việc tạo thành cục máu đông trong lòng mạch vành, xem hình). Liều thấp aspirin mỗi ngày sẽ làm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim trong tương lai cho những phụ nữ bị đau thắt ngực và bệnh mạch vành.

5/ Thuốc ức chế men chuyển (enalapril):

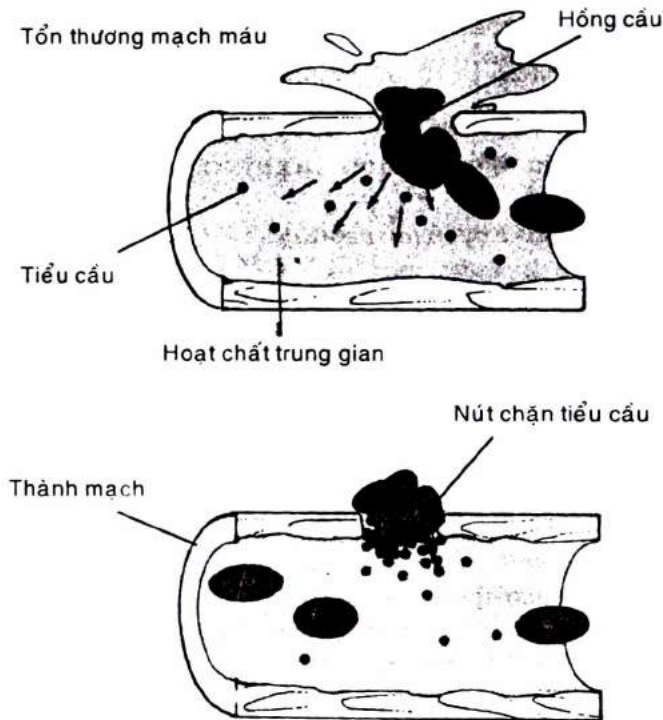
Mặc dù nhóm thuốc này không được sử dụng một cách chính thức như là một loại thuốc để điều trị cơn đau thắt ngực nhưng các nghiên cứu đã cho thấy thuốc có tác dụng bảo vệ chống lại cơn nhồi máu cơ tim sau này ở những phụ nữ có bệnh mạch vành. Thuốc cũng có hiệu quả trong điều trị cao huyết áp và các yếu tố nguy cơ khác của nhồi máu cơ tim.

6/ Điều trị thay thế estrogen:

Có lẽ do có mối liên hệ giữa cơn đau thắt ngực vi mạch với tình trạng giảm estrogen (một hormon sinh dục nữ) đã dẫn đến gợi ý dùng estrogen để điều trị loại đau thắt ngực này. Ít ra là có một công trình nghiên cứu nhỏ trên phụ nữ bị đau thắt ngực vi mạch đã cho thấy estrogen làm giảm cơn đau thắt ngực. Ở phụ nữ bị bệnh mạch vành, có bằng chứng cho rằng điều trị thay thế estrogen sau tuổi mãn kinh sẽ làm chậm diễn tiến của bệnh tim mạch.

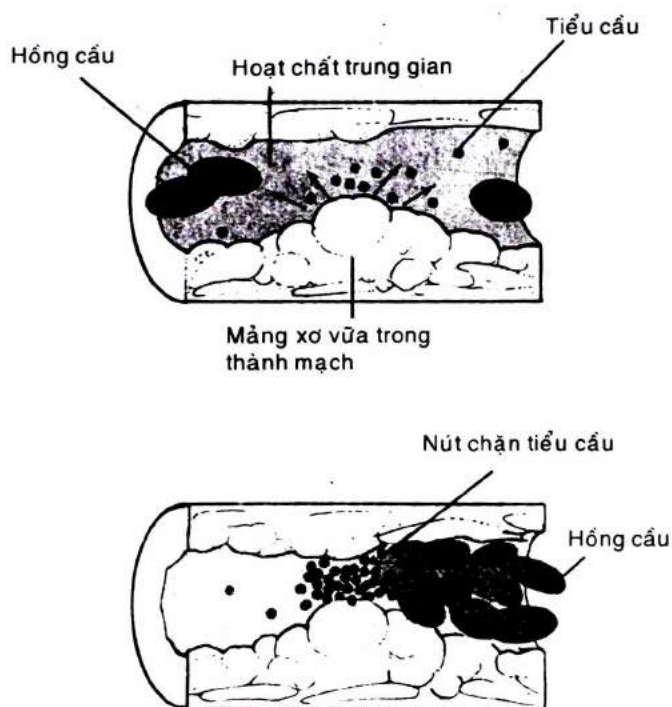
Sự chữa lành vết thương một cách tự nhiên của cơ thể có thể gây ra tình trạng nhồi máu cơ tim theo cách thức như thế nào?

ĐỘNG MẠCH VÀNH BÌNH THƯỜNG



Bình thường khi thành mạch máu bị tổn thương, tiểu cầu sẽ đến tập trung tại vị trí tổn thương hình thành nút chặn tiểu cầu để cầm máu. Các tiểu cầu này đã phóng thích ra các chất thông tin bao gồm Prostaglandin - chất sẽ tập trung các tế bào ở những nơi khác đến để làm lành thành mạch bị tổn thương. Do đó, các hồng cầu chuyên chở oxy vẫn tiếp tục đi ngang qua mạch máu đó để mang oxy đến nuôi dưỡng cho các cơ quan sinh tồn như tim chẳng hạn.

ĐỘNG MẠCH VÀNH BỊ XƠ VỮA



Tiểu cầu cũng tập trung tại mảng xơ vữa động mạch đã làm tắc nghẽn một phần mạch vành. Bình thường đây chính là cơ chế bảo vệ của cơ thể khi thành mạch bị tổn thương và có thể làm tắc nghẽn dòng máu gây ra nhồi máu cơ tim.

7/ Phẫu thuật:

Nếu đau thắt ngực do xơ vữa động mạch không đáp ứng với thuốc thì có thể tiến hành các thủ thuật như nong mạch vành bằng bóng hoặc bắc cầu động mạch vành (xem bệnh mạch vành) mặc dù một số nghiên cứu cho thấy các điều trị này mang lại kết quả cho phụ nữ không cao bằng nam giới.

Có thể ngăn ngừa cơn đau thắt ngực như thế nào?

Việc ngăn ngừa và điều trị lâu dài là loại bỏ các yếu tố nguy cơ làm cho bệnh nhân bị đau thắt ngực.

Đối với những phụ nữ bị quá cân thì nên tiến hành tiết chế để giảm trọng lượng và qua đó cũng góp phần làm giảm nguy cơ bị tiểu đường và các yếu tố nguy cơ khác của bệnh mạch vành.

Đối với những phụ nữ hút thuốc lá thì nên bỏ thuốc.

Kiểm soát tăng huyết áp và tình trạng tăng cholesterol.

Mặc dù gắng sức có thể thúc đẩy cơn nhồi máu cơ tim và người ta khuyên không nên gắng sức khi đã có triệu chứng đau ngực nhưng với điều trị bằng thuốc cùng với vận động thể lực vừa phải dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc thì có thể có lợi cho bệnh nhân. Lối sống ít vận động có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Điều trị thay thế estrogen đã trở thành một bước quan trọng trong chương trình ngăn ngừa bệnh tim cho phụ nữ và nên cân nhắc cho phụ nữ sắp mãn kinh.

RỐI LOẠN NHỊP TIM

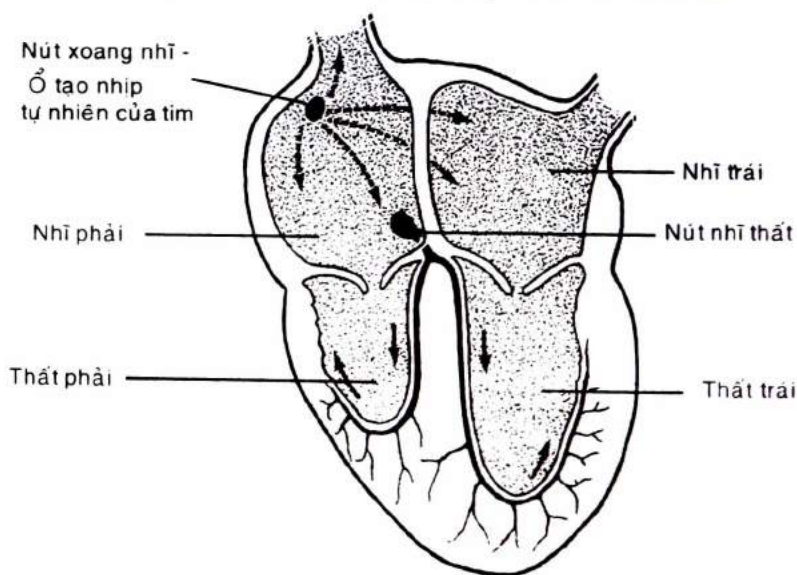
Các bất thường về nhịp tim được gọi là loạn nhịp tim. Mức độ nặng của loạn nhịp có thể thay đổi từ nhẹ (ngẫu nhiên bị mất nhịp) đến những trường hợp cấp cứu đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân bị hồi hộp đánh trống ngực hay bị nhịp tim không đều và không được quy là do gắng sức quá mức, uống quá nhiều cà phê hay do xáo trộn về tình cảm thì thầy thuốc lâm sàng nên hội chẩn để loại trừ những nguyên nhân y tế nghiêm trọng có thể gây ra các rối loạn này. Có một số thông tin thú vị cho rằng một số rối loạn nhịp tim gây ra tình trạng lo lắng cho bệnh nhân nhưng với những tiến bộ đạt được trong điều trị thì đa số các trường hợp có tiên lượng tốt.

Hệ thống điện hóa học của tim sẽ điều hoà hoạt động của buồng tim cho phép máu được bơm một cách có hiệu quả nhằm thỏa mãn nhu cầu về oxy của cơ thể. Xung động bắt đầu xuất phát từ một vùng tạo nhịp của tim được gọi là nút xoang nhĩ (xem hình). Nút xoang nhĩ sẽ phát ra các xung

động điện học một cách đều đặn với tần số khoảng một lần/ giây khiến các tế bào cơ tim co lại và đẩy máu từ tâm nhĩ xuống tâm thất. Tại nút tạo nhịp khác - nút nhĩ thất hay nút A-V máu ngưng chảy một thời gian cho phép buồng thất có thời gian để được đổ đầy máu rồi sau đó máu sẽ được bơm lên phổi và các phần khác của cơ thể.

Rối loạn nhịp xảy ra khi các xung động dẫn truyền bị gián đoạn tại một chỗ nào đó trong suốt đoạn đường đi của nó. Bệnh mạch vành có thể làm giảm tưới máu và gây ra tình trạng “chết điện học” đi kèm với nhồi máu cơ tim. Rối loạn nhịp cũng có thể xảy ra khi cơ tim bị kéo căng như

HỆ THỐNG DẪN TRUYỀN ĐIỆN SINH LÝ CỦA TIM



trong suy tim (xem phần dưới) hay khi có rối loạn điện giải như khi tăng hay giảm kali máu và khi cơ thể bị sang chấn hay bị kích thích quá mức làm tăng epinephrine trong máu. Một số chất như caffein, rượu, cocain cũng có thể gây ra rối loạn nhịp tim.

Các loại loạn nhịp tim

Có nhiều loại loạn nhịp tim nhưng đa số được chia ra làm 6 loại như sau:

1/ Ngoại tâm thu (tim co bóp sớm):

Tim co bóp sớm là do một xung động dẫn truyền xuất phát từ một ổ phát nhịp nào đó trong tim đi đến kích thích tim sớm hơn bình thường. Kết quả là buồng tim sẽ co bóp sớm hơn làm phá vỡ tính chất đều đặn của nhịp tim. Loại ngoại tâm thu lẻ tẻ (trên cơ sở nhịp tim đều lâu lâu mới xuất hiện một nhịp tim đến sớm) thường hay gặp và không cần điều trị. Loại ngoại tâm thu này có thể do lo âu, hay chỉ đơn thuần do hút thuốc lá hay do dùng quá nhiều cà phê hoặc không hề nhận ra bất kỳ một nguyên nhân thúc đẩy nào trước đó.

2/ Nhịp nhanh nhĩ kịch phát (Paroxysmal atrial tachycardia - PAT):

Con đường dẫn truyền bất thường trong tâm nhĩ gây ra nhịp tim nhanh, đều, mạnh với cảm giác choáng váng. Bệnh thường xảy ra ở những người trẻ, khỏe mạnh. PAT có

thể được điều trị bằng cách thay đổi lối sống như là không dùng cà phê, thuốc lá, các chất kích thích khác và tránh gắng sức quá mức và nếu cần thiết thì có thể dùng thuốc chống loạn nhịp.

3/ Nhịp nhanh thất (Ventricular tachycardia - VT):

Cũng giống như PAT, nhịp nhanh thất có thể được đặc trưng bằng các cơn nhịp nhanh và cảm giác choáng váng, đôi khi là đau ngực. Bệnh cũng có thể diễn tiến trầm trọng và có thể gây ngất. Bệnh nhân thường mô tả: “có cảm giác như có một điều gì đó tồi tệ sắp xảy ra”. Nhịp nhanh thất trầm trọng hơn nhiều so với PAT bởi vì nó có thể gây ra rung thất dẫn đến tử vong (xem dưới). Loại loạn nhịp này hầu như luôn luôn xảy ra trong các bệnh tim mạch nặng. Cần phải điều trị ngay lập tức.

4/ Rung nhĩ:

Các xung động điện học được phát ra một cách hỗn loạn, ngẫu nhiên trong tâm nhĩ làm cho các buồng tim tổng máu không hiệu quả. Nhịp tim thường nhanh và không đều. Loại loạn nhịp thường gặp trên những bệnh nhân bị bệnh tim, mặc dù nó có thể gặp ở những bệnh nhân bị cường giáp và người hoàn toàn khỏe mạnh. Khi cục máu đông hình thành trong tim do rung nhĩ bị vỡ ra di chuyển theo dòng máu qua động mạch chủ đi đến các phần khác của cơ thể thì đôi khi có thể gây ra đột quỵ.

5/ Rung thất (Ventricular fibrillation - VF):

Loại loạn nhịp này xảy ra khi hoạt động điện học trong tâm thất bị xáo trộn. Cơ tim không còn đập đồng bộ được nữa. Thay vào đó sẽ là một loạt các hoạt động co thất khu trú và thất sự tim không hề có hoạt động co bóp. Sau một vài phút tất cả các hoạt động điện học của tim sẽ ngừng lại. Rung thất thường là nguyên nhân gây đột tử ở những bệnh nhân bị bệnh tim.

6/ Nhịp chậm:

Từ “brady” có nghĩa là chậm và thuật ngữ này đơn thuần hàm ý nhịp tim chậm. Gọi là nhịp tim chậm khi nhịp tim dưới 60 lần /phút. Các triệu chứng của nhịp tim chậm thường không xảy ra cho đến khi nhịp tim dưới 40 lần /phút bởi vì nhiều người khỏe mạnh đặc biệt là các vận động viên có nhịp tim dưới 60 lần /phút. Nhịp tim chậm có thể báo hiệu sự hoạt động không hiệu quả của tim và có thể gây ra tình trạng thiếu oxy cho mô và các cơ quan. Qua thăm khám thấy thuốc lâm sàng có thể loại trừ được nhịp tim chậm do rối loạn chức năng của nút xoang nhĩ hay các vấn đề của nút nhĩ thất được biết là loại nghẽn dẫn truyền nhĩ thất (bloc nhĩ thất). Một số thuốc cũng có thể gây ra nhịp tim chậm, đặc biệt ở người già.

Những ai thường có khả năng bị loạn nhịp tim?

Những người bị bệnh tim đặc biệt là bệnh mạch vành thường có nhiều khả năng bị rối loạn nhịp tim. Một số yếu

tổ có khả năng làm gia tăng nguy cơ loạn nhịp tim bao gồm tim to do bất kỳ nguyên nhân nào, có thai, sa van hai lá (xem phần bệnh van tim) và cường giáp. Rối loạn nhịp tim cũng thường xảy ra và có thể gây tử vong cho những phụ nữ bị chán ăn do nguyên nhân thần kinh - một loại rối loạn ăn uống thường xảy ra ở những phụ nữ trẻ dẫn đến tình trạng chết vì suy kiệt.

Triệu chứng rối loạn nhịp tim

Loạn nhịp tim thường được báo hiệu bởi tim đập mạnh hay đập nhanh, đặc biệt khi cơn xảy ra đột ngột mà không hề có xáo trộn tình cảm hay gắng sức gì trước đó. Thuật ngữ y khoa dành cho loại tim đập nhanh mạnh, hoặc nhịp tim đập hẫng là hội hợp đánh trống ngực. Bệnh nhân bị loạn nhịp tim thường trải qua cơn hồi hộp đánh trống ngực nhưng bởi vì giảm cung cấp oxy cho não nên bệnh nhân cũng thường hay bị mệt, choáng váng thậm chí bị ngất.

Các phương tiện dùng để chẩn đoán rối loạn nhịp tim

Một khi nghi ngờ bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim thì việc làm đầu tiên của thầy thuốc lâm sàng là phải xác định bản chất của loại nhịp tim không đều bằng cách đo điện tim. Bởi vì loạn nhịp tim có thể xuất hiện rồi tự biến mất và thường không có biểu hiện khi thầy thuốc khám bệnh nên người ta đã tiến hành đo điện tim liên tục trong 24 giờ bằng một loại máy nhỏ, nhẹ là máy Holter. Dụng cụ này sẽ ghi lại

hình ảnh điện tim được phân tích trên máy vi tính trong suốt thời gian 24 giờ. Một số rối loạn nhịp tim phức tạp có thể được chẩn đoán dựa trên các phân tích về điện sinh lý được thực hiện bằng cách đưa một điện cực nhỏ qua đường tĩnh mạch và cắm trực tiếp vào tim. Để thực hiện thủ thuật này bệnh nhân cần phải nhập viện và phải do các chuyên gia về tim mạch được đào tạo đặc biệt thực hiện.

Rối loạn nhịp được điều trị như thế nào?

Đa số các rối loạn nhịp đến khám thầy thuốc đều có thể được điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp, phổ biến nhất là quinidin, digoxin, procainamid, và disopyramid. Propranolol (thuốc chẹn beta) và verapamil (thuốc chẹn kênh canxi) cũng thường sử dụng. Tất cả các thuốc này tác dụng bằng cách điều chỉnh các rối loạn về điện học gây ra nhịp không đều.

Máy tạo nhịp vĩnh viễn có thể điều chỉnh loại nhịp chậm do nghẽn dẫn truyền nhĩ thất bằng cách tác động vào nút xoang nhĩ để khởi xướng những hoạt động co thắt đều đặn của thất. Một máy tạo nhịp có kích thước khoảng 7,5 cm² và được cấy vào dưới da ngay dưới xương đòn. Mỗi một máy tạo nhịp bao gồm một pin, một hay hai điện cực mà đầu của điện cực được cắm vào tâm nhĩ phải. Có nhiều loại máy tạo nhịp và có một số máy tạo nhịp có thời gian hoạt động kéo dài trên 15 năm. Khi hết thời gian sử dụng có thể thay pin mới để sử dụng tiếp.

Trong trường hợp rung thất, người ta dùng một loại máy sốc điện đặt ở ngực bệnh nhân và sau đó nạp điện và phóng điện đi ngang qua tim nhằm đưa rung thất về nhịp xoang bình thường. Phương pháp này có thể cứu sống bệnh nhân nếu được thực hiện khi rung thất chỉ mới xảy ra khoảng 3 phút và có thể thực hiện trong khoa cấp cứu bởi các thầy thuốc lâm sàng trong khoa cấp cứu hay do bởi những nhân viên y tế trong xe cứu thương hay thậm chí tại nhà bệnh nhân.

Có thể ngăn ngừa rối loạn nhịp bằng cách nào?

Cách tốt nhất để có thể ngăn ngừa một số rối loạn nhịp là phải làm giảm các yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Vì cà phê, rượu, và thuốc lá cũng như chế độ ăn quá ít năng lượng có thể gây ra một số rối loạn nhịp tim nên có thể điều chỉnh bằng cách thay đổi lối sống.

Các nghiên cứu gần đây đã đề xuất rằng trong khi tình trạng căng thẳng và xúc động mạnh có thể góp phần gây ra rối loạn nhịp thì có lẽ bản thân xúc động đơn thuần không có mối liên hệ nhân quả trực tiếp đến tỉ lệ rối loạn nhịp đe dọa tính mạng. Một nghiên cứu đã đề xuất rằng cứ mỗi 10 người bị loạn nhịp thì có đến 8 người là không hề trải qua bất kỳ một xáo trộn tình cảm nào (quá vui hay quá buồn) trong 24 giờ trước khi xảy ra cơn loạn nhịp. Khi có mối liên hệ giữa xúc động và loạn nhịp thì giận dữ có nhiều khả năng thúc đẩy loạn nhịp tim hơn là sợ hãi, hoặc đau buồn.

Có nhiều khả năng hơn thúc đẩy cơn loạn nhịp là tình trạng mệt mỏi quá mức. Dường như sự xáo trộn về tình cảm cùng với các yếu tố khác như là sự mệt mỏi có thể khiến cho tim dễ nhạy cảm hơn với tình trạng co thắt đột ngột ở động mạch hay bất thường tự phát trong hoạt động của tim. Nhưng bản thân xúc động đơn thuần không thúc đẩy loạn nhịp tim. Đây là thông tin mang tính chất động viên, an ủi cho bản thân bệnh nhân và gia đình bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là bị bệnh tim và trong quá trình hồi phục sức khỏe sau khi bị bệnh tim. Mỗi thành viên trong gia đình không cần phải thận trọng, e dè quá mức và bản thân bệnh nhân cũng không cần phải từ bỏ hẳn cuộc sống hoạt bát cùng với những cảm xúc đi kèm.

BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

Bệnh động mạch vành là một dạng bệnh tim do tắc nghẽn động mạch cung cấp máu cho tim gây ra. Mặc dù bệnh mạch vành là một bệnh đứng hàng đầu gây tử vong cho cả hai giới nam và nữ nhưng tính trung bình bệnh thường xảy ra ở phụ nữ vào khoảng 10-15 năm cuối của cuộc sống.

Người ta cho rằng sự khác biệt này là do tác dụng bảo vệ của hormon sinh dục nữ, estrogen ở phụ nữ tiền mãn kinh mà dường như hormon này ngăn chặn sự tiến triển của tiến trình xơ vữa động mạch - là một tiến trình trong đó mỡ và cholesterol bị lắng đọng trong thành động mạch (xem hình minh họa). Có một số bằng chứng cho rằng estrogen còn có những tác dụng bảo vệ khác như làm giãn mạch và giữ cho mạch máu không bị co thắt cũng như làm giảm khả năng tạo thành các cục máu đông nguy hiểm trong lòng mạch máu.

Thật sự bệnh động mạch vành là một chuỗi tiến triển liên tục của các tình trạng xơ vữa động mạch mà tình trạng nhẹ nhất của nó có thể không hề biểu hiện triệu chứng. Tuy

nhiên, khi xơ vữa động mạch tiến triển thì mô sẹo và các mảnh vụn khác sẽ lắng đọng trong thành động mạch vành - là động mạch chính cung cấp máu cho cơ tim (xem hình minh họa). Tình trạng này có thể gây ra cơ đau thắt ngực - một loại đau ngực thường xảy ra sau gắng sức hay sau một sang chấn về tình cảm. Khi có một hay nhiều động mạch bị hẹp nặng thì nhồi máu cơ tim có thể xảy ra sau đó.

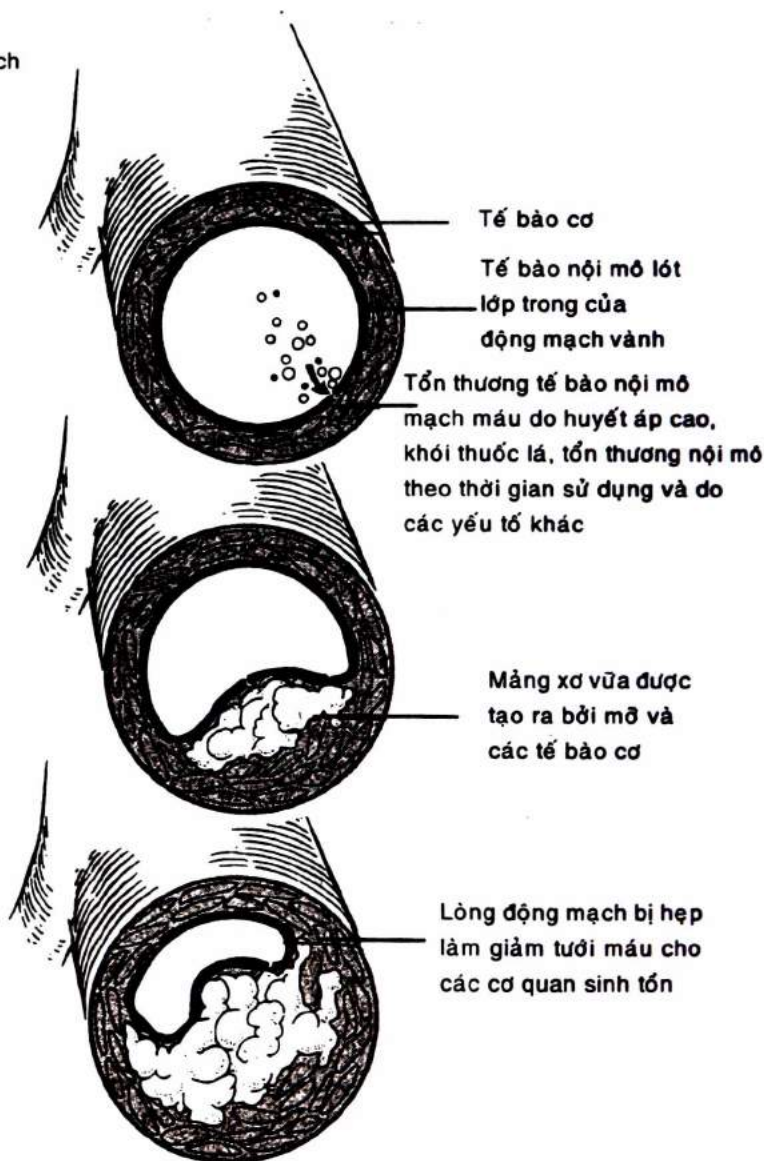
Trong suốt quá trình nhồi máu cơ tim, một số các tế bào cơ tim sẽ ngừng co bóp bởi vì chúng bị thiếu máu nuôi trầm trọng. Trừ khi mạch máu bị tắc nghẽn được mở thông trở lại còn bằng không thì cơ tim sẽ bị tổn thương vĩnh viễn và tùy thuộc vào mức độ và vị trí cơ tim bị chết mà tử vong có thể xảy ra sau đó. Nếu nhồi máu cơ tim do cục máu đông nằm tại động mạch bị hẹp thì trong trường hợp này người ta gọi là huyết khối mạch vành.

Những ai thường có khả năng mắc bệnh mạch vành?

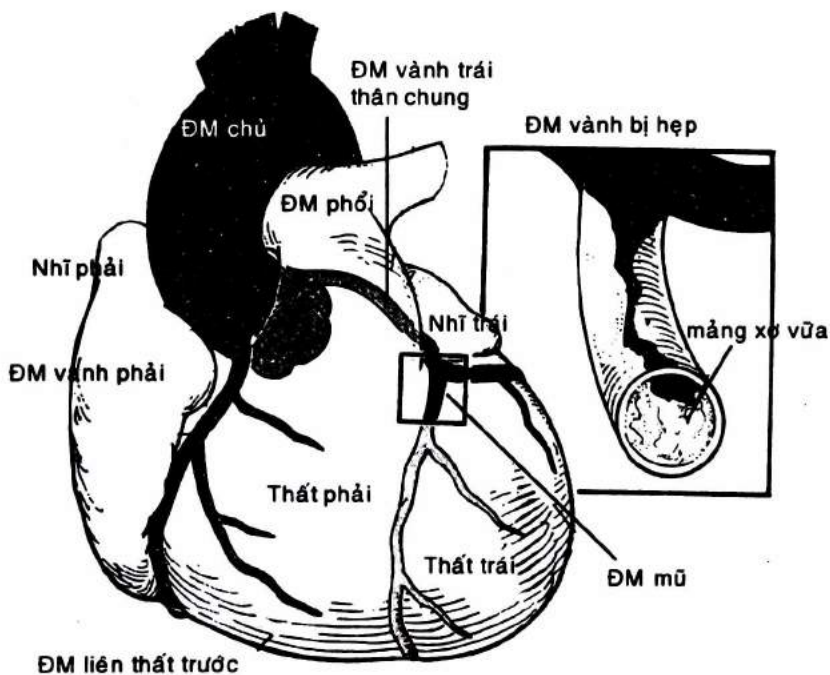
Phụ nữ không phải lo lắng về một trong số các yếu tố nguy cơ quan trọng gây ra bệnh mạch vành như nam giới. Điều thực tế là nam giới có nguy cơ mắc bệnh mạch vành nhiều gấp 3,5 lần so với nữ. Người ta nghĩ rằng một trong số các ưu điểm này của phụ nữ là do sự khác biệt về hàm lượng cholesterol trong máu giữa nam giới và phụ nữ tiền mãn kinh. Thực tế là nguy cơ mắc bệnh mạch vành của nữ giới gia tăng rất nhiều sau mãn kinh - ở giai đoạn này ngưỡng cholesterol tăng cao hơn so với nam giới.

XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH

Động mạch



SỰ LƯU THÔNG VÀ TẮC NGHẽn MẠCH VÀNH



ĐM mạch vành trái và vành phải cùng các phần nhánh cung cấp máu cho cơ tim. Khi mảng xơ vữa hình thành trong mạch máu thì lượng máu cung cấp cho cơ tim giảm.

Yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành lớn nhất ở phụ nữ là tuổi tác. Phụ nữ càng lớn tuổi thì càng có nhiều nguy cơ bị xơ vữa động mạch và vì vậy càng có nhiều nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Sắc tộc cũng đóng một vai trò quan trọng trong khả năng mắc bệnh mạch vành. Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành cao nhất ở nam giới Nam Mỹ kể đến là nam giới da trắng rồi mới đến phụ nữ Nam Mỹ và phụ nữ da trắng. Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành của người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha và người châu Á hơi giảm trong cả hai giới nam và nữ. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh này có thể liên quan đến sự khác biệt về mặt giải phẫu hoặc chức năng giữa hai giới hay giữa các nhóm chủng tộc với nhau, nhưng nó cũng có thể do không có được khả năng tham vấn và điều trị thích hợp cho phụ nữ và nhóm dân tộc thiểu số (minorities).

Một số yếu tố nguy cơ làm gia tăng khả năng mắc bệnh mạch vành ở nam giới như cao huyết áp, tiểu đường, hút thuốc lá, nồng độ cholesterol, tiền sử gia đình bị nhồi máu cơ tim trước tuổi 60, béo phì cũng làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở nữ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đề xuất rằng các yếu tố nguy cơ vừa nêu trên có ảnh hưởng nhiều đến nữ giới hơn nam giới.

Tiểu đường

Mặc dù bệnh tiểu đường làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành cho cả hai giới nhưng thực sự nguy cơ mắc bệnh mạch vành xảy ra nhiều hơn ở phụ nữ bị bệnh tiểu đường. Thực tế, tỷ lệ mắc bệnh mạch vành này (tỷ lệ mắc bệnh

mạch vành cao gấp 2 lần ở phụ nữ bị tiểu đường so với phụ nữ không bị tiểu đường) cao đến nỗi nó vượt qua các ưu điểm của phụ nữ trong việc ngăn ngừa các bệnh tim mạch.

Cholesterol

Các thành phần cholesterol và nồng độ lipid trong máu cũng khác nhau giữa hai giới. Ở phụ nữ có ngưỡng HDL (lipoprotein trọng lượng phân tử cao) thấp và ngưỡng triglycerid cao có thể gia tăng tỷ lệ mắc bệnh mạch vành, còn đối với nam giới có ngưỡng LDL (lipoprotein trọng lượng phân tử thấp) cao thì dường như có nhiều nguy cơ hơn. Ngưỡng triglycerid cao (một thành phần của mỡ) có vẻ là yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành cho phụ nữ chứ không phải cho nam giới.

Lối sống ít vận động

Một câu hỏi được đặt ra là phụ nữ có ít vận động hơn đàn ông, và vì thế có nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao hơn hay không.

Việc thiếu tập thể dục làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở cả hai giới và càng nhiều tuổi con người càng có khuynh hướng ít vận động cơ thể, nhưng cũng chưa có chứng minh rõ ràng rằng phụ nữ ít tập thể dục hơn đàn ông. Người ta cũng làm một bảng câu hỏi thăm dò để đánh giá mức độ hoạt động vận động ở đàn ông mà không để ý đến các công việc hàng ngày người phụ nữ thường làm - ví dụ như công việc nội trợ, chăm sóc trẻ, làm vườn, các hoạt động không thể thao khác - cũng tiêu hao năng lượng đáng kể.

Béo phì

Mặc dù béo phì được xem là một yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở đàn ông nhưng cũng có thể chỉ vì những người đàn ông béo phì thường có khuynh hướng có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành cùng một lúc (chẳng hạn như cao huyết áp). Ở phụ nữ, yếu tố béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành ngay cả khi không có các yếu tố nguy cơ khác. Những người phụ nữ có chỉ số eo-mông khá cao đặc biệt có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành.

Các yếu tố nguy cơ gặp riêng ở nữ giới

Những người phụ nữ cắt bỏ buồng trứng vì một lý do nào đó trước thời kỳ mãn kinh tự nhiên sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Còn cắt bỏ tử cung thì không làm tăng nguy cơ này, miễn sao còn bảo tồn lại ít nhất một buồng trứng. Trong và sau thời kỳ mãn kinh thì không tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành, nhưng cơ thể đã mất hiệu quả có tính chất bảo vệ của estrogen. Hậu quả là sau thời kỳ mãn kinh, yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành sẽ tăng khi càng lớn tuổi. Có thể tạm nói một điều rằng tuổi tác gây ra bệnh mạch vành chứ không phải do tình trạng mãn kinh, estrogen chỉ có vai trò làm trì hoãn, làm chậm đi tuổi mắc bệnh tim mạch.

Bàn về ích lợi của thuốc ngừa thai, những dữ kiện thu thập gần đây đã cho thấy rằng, không có tăng yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành ở phụ nữ dưới 30 tuổi hoặc những phụ nữ không hút thuốc lá trên 30 tuổi nếu như người đó không

có các yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Những ghi nhận trước đây về sự liên quan của thuốc ngừa thai với nhồi máu cơ tim dựa trên những nghiên cứu dùng thuốc ngừa thai với hàm lượng estrogen và progesteron cao hơn rất nhiều so với hàm lượng thường dùng hiện nay.

Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở phụ nữ làm nghề lao động chân tay cao hơn gấp 3 lần so với phụ nữ công chức viên chức. Nhiều phụ nữ phải chịu nhiều áp lực trong cuộc sống với vai trò người vợ, người mẹ, nội trợ, công nhân và chăm sóc cha mẹ già cũng gián tiếp làm tăng thêm yếu tố nguy cơ bên cạnh các yếu tố như hút thuốc, cao huyết áp, béo phì.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng những người phụ nữ làm việc với những người cấp trên hoặc những người chủ khó tính thì dường như cũng tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành.

Triệu chứng của bệnh mạch vành

Triệu chứng của bệnh mạch vành có thể thay đổi từ không có triệu chứng gì đến đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim và nặng hơn là đột tử (tử vong đột ngột do ngừng tim). Các triệu chứng của bệnh mạch vành thay đổi tùy thuộc vào mức độ tổn thương thực thể của động mạch vành và giới tính.

Ở nhiều người đàn ông triệu chứng đầu tiên của bệnh mạch vành là cơn đau tim nhưng ở phụ nữ triệu chứng đầu tiên lại thường là cơn đau thắt ngực. Và khi người phụ nữ có cơn đau tim thì triệu chứng lại trội hơn ở đàn ông: đau ngực, buồn nôn, khó thở, mệt mỏi.

Mặc dù đàn ông với bệnh mạch vành dễ có nguy cơ đột tử hơn so với phụ nữ nhưng tính riêng ở phụ nữ bệnh mạch vành cũng chiếm 1/3 nguyên nhân tử vong do bệnh tim. 2/3 các trường hợp đột tử còn lại ở phụ nữ thường xảy ra mà không có triệu chứng bệnh mạch vành đi kèm.

Ở đa số nam giới, biểu hiện đầu tiên của bệnh mạch vành là nhồi máu cơ tim trong khi ở phụ nữ thì triệu chứng biểu hiện đầu tiên của bệnh mạch vành có thể là cơn đau thắt ngực và khi phụ nữ bị nhồi máu cơ tim thì họ có nhiều khả năng bị đau, nôn, khó thở và mệt nhiều hơn nam giới. Mặc dù nam giới bị bệnh mạch vành có nhiều khả năng đột tử hơn so với nữ giới nhưng bệnh mạch vành vẫn chiếm khoảng 1/3 trường hợp tử vong do tim mạch ở nữ và có khoảng 2/3 trường hợp đột tử do tim mạch ở phụ nữ mà không hề có bất kỳ triệu chứng của bệnh mạch vành nào trước đó.

Các phương tiện dùng để chẩn đoán bệnh mạch vành

Ngày nay có 3 phương pháp thường được sử dụng để chẩn đoán bệnh mạch vành là nghiệm pháp gắng sức, xạ hình bằng thallium, chụp mạch vành.

1/ Nghiệm pháp gắng sức:

Còn gọi là nghiệm pháp dung nạp gắng sức hay là điện tâm đồ gắng sức được sử dụng để đánh giá khả năng tưới máu cho cơ tim trong gắng sức. Điện cực nối với dây dẫn dính vào tay, chân, ngực và hoạt động điện học của tim

được đo thông qua một máy trong khi bệnh nhân đi bộ hay khi chạy trên thảm.

Ở đa số các trung tâm y khoa, những phụ nữ có các triệu chứng bệnh tim như là đau ngực thì ít khi được thực hiện nghiệm pháp gắng sức như nam giới có triệu chứng bệnh tim tương tự và khi được thực hiện nghiệm pháp gắng sức thì có vẻ tim của họ cũng đáp ứng với gắng sức khác với đáp ứng của nam giới và cũng cho ra những kết quả điện tim khác nhau. Rất thường gặp những phụ nữ có biểu hiện bệnh mạch vành trên nghiệm pháp gắng sức lại có động mạch vành hoàn toàn bình thường, trong khi những phụ nữ không có biểu hiện bệnh mạch vành trên nghiệm pháp gắng sức lại có động mạch vành bị tắc nghẽn. Trong thực tế người ta cũng đã phát hiện ra tỉ lệ âm tính và dương tính giả cao nhưng mãi tới gần đây thì nghiệm pháp gắng sức mới phát triển và nó thực sự có giá trị chẩn đoán chủ yếu ở nam giới. Vấn đề thực tế cũng góp phần giải thích cho các kết quả âm tính giả ở phụ nữ là do phụ nữ ít có khả năng thực hiện được mức độ gắng sức cần thiết khi thử nghiệm.

2/ Xạ hình bằng thallium:

Một loại thử nghiệm khác thường được thực hiện cùng với điện tâm đồ gắng sức hay khi trên điện tâm đồ lúc nghỉ có kết quả bất thường. Xạ hình được thực hiện bằng cách tiêm một ít chất đồng vị phóng xạ vào tĩnh mạch rồi dùng máy quét để phát hiện ra sự phát xạ của chùm tia phóng xạ. Số

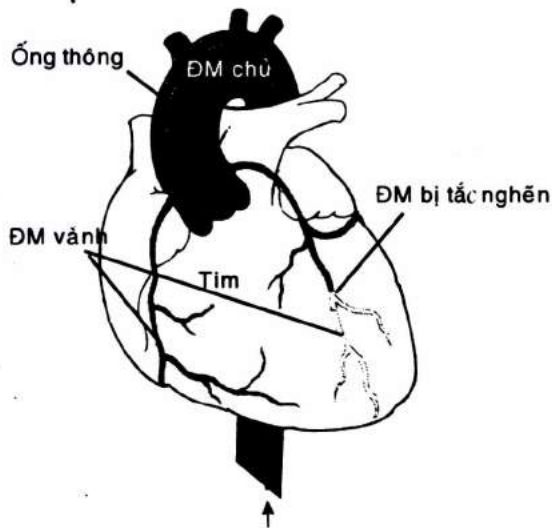
lượng tia phóng xạ được phát ra sẽ phản ánh lưu lượng máu cung cấp cho từng vùng khác nhau của cơ tim.

Phụ nữ cũng ít được thực hiện xạ hình như nam giới và cũng chính vì khả năng dung nạp kém với gắng sức nên kết quả xạ hình của họ có tỉ lệ âm tính giả cao. Một giải pháp được thực hiện để giải quyết cho những phụ nữ không có khả năng dung nạp tốt đối với gắng sức là sử dụng các thuốc làm giãn mạch máu như thể họ đang gắng sức thật sự.

Người ta lập ra nghiệm pháp gắng sức là để xếp loại nguy cơ cho bệnh nhân. Kết quả nghiệm pháp sẽ giúp cho thầy thuốc biết được cách thức điều trị tiếp cho bệnh nhân là gì; chẳng hạn bệnh nhân sẽ được điều trị nội khoa hoặc điều trị phẫu thuật. Nếu nghiệm pháp gắng sức có kết quả không rõ ràng thì nên sử dụng thông tim để đánh giá chính xác mức độ tắc nghẽn và từ đó thầy thuốc mới có thể quyết định sẽ nong mạch vành hay làm phẫu thuật bắc cầu.

3/ Chụp mạch vành:

Phương tiện chính xác nhất để chẩn đoán trên một phụ nữ nghi ngờ bị bệnh mạch vành là chụp mạch vành hay còn gọi là thông tim. Trong phương pháp này, ống thông (catheter) được đưa vào trong động mạch vành rồi bơm thuốc cản quang vào mạch vành qua ống thông để quan sát hình ảnh của mạch máu trên màn hình (xem hình minh họa). Kết quả trên màn hình sẽ cung cấp hình ảnh chi tiết từng mạch máu đến tưới máu cho tim cũng như bất kỳ nhánh

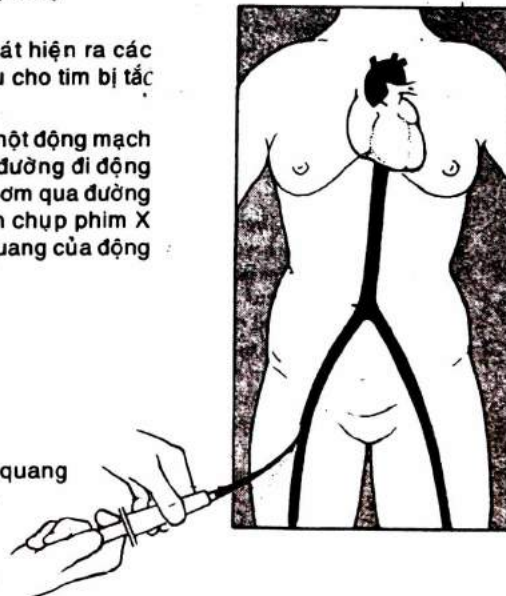


Chụp động mạch vành (Thông tim)

Chụp động mạch vành nhằm phát hiện ra các nhánh động mạch cung cấp máu cho tim bị tắc nghẽn.

Người ta luồn một ống thông vào một động mạch vùng bẹn từ đó đẩy vào tim theo đường đi động mạch chủ. Chất cản quang được bơm qua đường động mạch và người ta tiến hành chụp phim X quang để quan sát hình ảnh cản quang của động mạch trên phim.

Bơm chất cản quang
vào ống thông.



mạch máu nào bị tắc nghẽn. Trước khi bệnh nhân trải qua bất kỳ phẫu thuật tim mạch nào liên quan đến bệnh mạch vành đều phải thực hiện thông mạch vành.

Theo một số nghiên cứu, ít ra cũng là ở một vài trung tâm y khoa nhận thấy những phụ nữ da trắng có bất thường trên diện tim, có cơn đau thắt ngực điển hình, có nguy cơ mắc bệnh mạch vành thì không được tiến hành chụp mạch vành nhiều bằng nam giới. Đối với người Mỹ gốc Phi ở cả hai giới và đặc biệt là phụ nữ rất ít khi được chụp mạch vành. Người ta cũng chưa biết chắc chắn có phải do phương pháp chụp mạch vành đang tiến hành rất nhiều ở nam giới da trắng mà không thực hiện đủ nhiều cho phụ nữ da đen hay không.

Nói chung, mặc dù khả năng mắc các bệnh mạch vành nặng ở phụ nữ là thấp hơn so với nam giới nhưng nếu một người phụ nữ mà có các triệu chứng của bệnh mạch vành và có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành thì người thầy thuốc lâm sàng nên có hướng xử trí tích cực để nhanh chóng chẩn đoán, bao gồm cả việc thực hiện nghiệm pháp gắng sức và có thể chụp mạch vành cho bệnh nhân.

4/ Siêu âm tim:

Khi các phương tiện chẩn đoán bệnh mạch vành ở phụ nữ cho kết quả không rõ ràng thì người thầy thuốc lâm sàng nên bắt đầu xem xét đến các phương tiện chẩn đoán không gây chảy máu khác. Phương pháp siêu âm hay còn được gọi là siêu âm tim gắng sức có vẻ đặc biệt hữu ích trong việc phát hiện ra mạch máu bị tắc nghẽn - là dạng

bệnh mạch vành thường gặp ở phụ nữ. Siêu âm tim sử dụng những sóng phản âm từ tim để tạo ra hình ảnh tương ứng với hướng và tốc độ của dòng máu. Có thể tiến hành siêu âm tim gắng sức hay siêu âm tim kết hợp với dùng thuốc để làm tăng hiệu quả gắng sức.

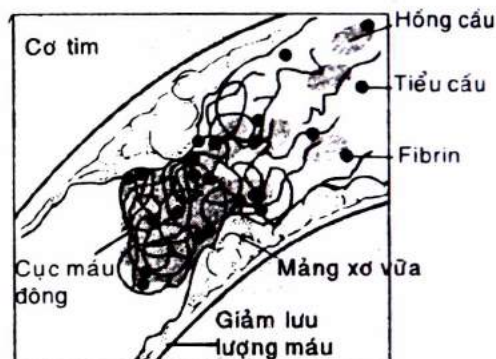
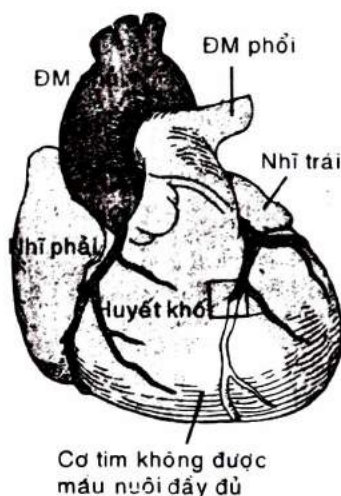
Bệnh mạch vành được điều trị như thế nào?

Bệnh động mạch vành có thể được điều trị bằng thuốc hay bằng phẫu thuật cùng với loại bỏ hay kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành như cao huyết áp, hút thuốc lá. Chọn lựa hình thức điều trị tùy thuộc vào tuổi, thể trạng của bệnh nhân và mức độ nặng của triệu chứng tim mạch.

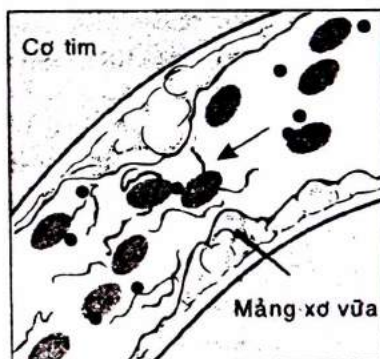
1/ Các nitrat (*nitroglycerin, Isordil, Ismo*)

Làm giãn mạch vành nên làm tăng lưu lượng máu đến tim. Khi được sử dụng để điều trị cơn đau thắt ngực, có thể sử dụng viên nitrat ngậm dưới lưỡi cho đến khi viên thuốc tan ra hết. Dạng này có tác dụng nhanh. Dạng uống có tác dụng kéo dài hơn. Nitrat dạng thuốc mỡ có thể thoa trực tiếp lên ngực, cánh tay và để có tác dụng kéo dài, người ta áp thuốc mỡ vào một miếng giấy có bọc nhựa. Khi hết thời gian thì miếng nitrat sẽ mất đi hiệu quả làm giãn mạch vành của nó. Một số nghiên cứu được thực hiện trên phụ nữ bị đau thắt ngực cho thấy nitrat có thể không có hiệu quả trong việc làm giảm tần suất hay mức độ nặng của triệu chứng như khi dùng cho nam giới.

TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ



SAU KHI ĐIỀU TRỊ



Khi cục máu đông trong lòng động mạch vành làm giảm lưu lượng máu đến tưới cơ tim, gây ra tình trạng thiếu oxy (thiếu máu cục bộ cơ tim) có thể gây ra tổn thương vĩnh viễn (nhồi máu cơ tim) trừ khi cục máu đông bị phá hủy. Các thuốc tiêu sợi huyết giúp làm tan cục máu đông - gồm các sợi Fibrin và hồng cầu, tiểu cầu.

2/ Thuốc ức chế men chuyển (enalapril):

Nhóm thuốc này cho thấy có tác dụng tích cực trên chức năng của tim và có tác dụng bảo vệ chống lại các cơn nhồi máu về sau ở những phụ nữ bị bệnh mạch vành. Thuốc ức chế men chuyển cũng làm giảm huyết áp và là loại thuốc ít có tác dụng phụ.

3/ Thuốc chẹn beta:

Nhóm thuốc này có tác dụng bằng cách làm giảm nhu cầu oxy cho cơ tim. Bình thường nhịp tim được kích hoạt bởi các chất dẫn truyền hóa học qua các dây thần kinh đến các thụ thể của tim còn được gọi là thụ thể beta adrenergic. Ở những người bệnh mạch vành, mạch vành bị tắc nghẽn sẽ giảm tưới máu cho cơ tim và hệ thần kinh sẽ đáp ứng lại với tình trạng thiếu máu này bằng cách gửi nhiều chất dẫn truyền thần kinh đi đến thụ thể nhằm để cho tim co bóp nhanh hơn và để tưới máu nhiều hơn nhưng mạch vành vốn bị tắc nghẽn nên không thể nào đáp ứng nhu cầu được và kết quả là cơn đau thắt ngực sẽ xảy ra sau đó.

Thuốc chẹn beta làm giảm đau thắt ngực bằng cách chiếm chỗ các thụ thể beta ở tim làm cho các chất dẫn truyền thần kinh không thể tác động lên các thụ thể beta của tim và vì vậy thuốc làm cho tim không đập nhanh và qua đó cho phép mạch vành có nhiều thời gian để tưới máu cho cơ tim.

Tuy nhiên, thuốc chẹn beta cũng chiếm chỗ các thụ thể

bêta ở những phần khác của cơ thể và đôi khi gây ra những tác dụng phụ không mong muốn như khó thở, trầm cảm và mệt. Propranolol (Inderal) là thuốc chẹn bêta cũ có thể gây ra nhiều tác dụng phụ không mong muốn như vậy. Các thuốc chẹn bêta thế hệ mới có thể tránh được một số tác dụng phụ không mong muốn đó (còn được gọi là thuốc chẹn bêta có tác dụng chọn lọc trên tim tức là chỉ có tác dụng trên thụ thể bêta của tim mà thôi). Atenolol (Tenormin) là thuốc chẹn bêta có tác dụng chọn lọc trên tim được sử dụng rộng rãi.

4/ Thuốc chẹn kênh canxi:

Thuốc có tác dụng giữ cho mạch máu không bị co thắt. Co thắt động mạch vành là một nguyên nhân gây đau ngực thường gặp ở nữ. Có vẻ thuốc phát huy tác dụng khi canxi hòa tan trong máu và trong dịch cơ thể rồi đi vào kênh canxi ở thành mạch máu, lúc này thuốc sẽ chẹn các kênh ngăn cản không cho canxi đi vào trong kênh và qua đó làm cho mạch máu không co thắt được.

Hiện nay trên thị trường đã có sẵn nhiều nhóm thuốc chẹn kênh canxi như verapamil (Calan), diltiazem (Cardizem) và nifedipin (Procardia), mỗi loại thuốc chẹn kênh canxi sẽ có tác dụng bảo vệ chống lại bệnh mạch vành theo cách thức riêng của nó. Thông thường nên dùng thử một trong số các thuốc này để chọn ra một loại thuốc có tác dụng điều trị tối ưu cho từng bệnh nhân.

5/ Liệu pháp tiêu sợi huyết:

Khi bệnh mạch vành diễn tiến thành nhồi máu cơ tim thì loại thuốc làm tan cục máu đông sẽ được sử dụng và được gọi là thuốc tiêu sợi huyết. Cho đến gần đây, thuốc tiêu sợi huyết thường được sử dụng nhiều nhất là streptokinase, thuốc được sử dụng qua ống luồn qua cánh tay hay chân để vào động mạch vành. Sau khi xác định vị trí mạch máu bị tắc nghẽn (bằng cách bơm chất cản quang vào ống và chụp phấm X quang) streptokinase sẽ được bơm vào trong ống để làm tan cục máu đông.

Phương pháp này rất phức tạp và là thủ thuật gây chảy máu nhưng nếu được thực hiện trong vòng vài giờ khi mới bị nhồi máu cơ tim thì có thể thành công trong đa số bệnh nhân. Streptokinase có thể gây chảy máu do ngăn chặn quá trình đông máu. Theo một số nghiên cứu cho thấy việc điều trị tiêu sợi huyết ở phụ nữ không mang lại nhiều lợi ích trên sự sống còn như nam giới mà thậm chí còn gây ra nhiều biến chứng xuất huyết nặng nề hơn. Một phần giải thích có thể là chúng ta vẫn chưa thật sự hiểu rõ cân nặng, tuổi và giới tính có ảnh hưởng như thế nào đến liều lượng tối ưu của thuốc tiêu sợi huyết. Ở phụ nữ, nhồi máu cơ tim lần đầu tiên thường nặng hơn so với nam giới và phụ nữ thường hay có nhiều bệnh khác đi kèm có lẽ vì lứa tuổi trung bình mắc bệnh mạch vành của họ cao hơn so với nam giới. Quyết định sẽ điều trị tiêu sợi huyết như thế nào cho tối ưu là tùy thuộc vào từng bệnh nhân và kinh nghiệm của từng thầy thuốc.

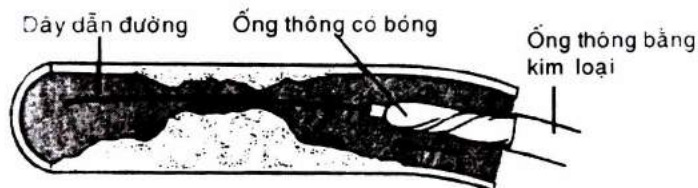
Aspirin trở thành thuốc không thể thiếu được trong điều trị bệnh mạch vành. Về mặt cơ chế, aspirin không phá hủy được cục máu đông đã hình thành nhưng nó có khả năng làm hạn chế kích thước của cục máu đông. Vì lý do này aspirin thường được dùng ngay cho những bệnh nhân nghi ngờ nhồi máu cơ tim sẽ tiếp tục tiến triển. Aspirin còn được dùng trong những trường hợp bệnh nhân đã biết có bệnh mạch vành hay có trên hai yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim nhằm làm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ sẽ xảy ra trong tương lai.

6/ Nong mạch vành bằng bóng:

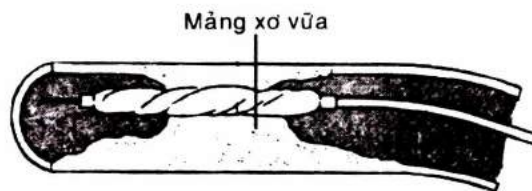
Trong thủ thuật ngoại khoa này, thầy thuốc sẽ luồn một ống thông nhỏ có bóng trên đầu vào động mạch và đẩy nó đến chỗ bị hẹp. Khi bóng được bơm lên thì nó sẽ ép chỗ tắc nghẽn sang một bên và mở đường cho dòng máu đi qua. Phương pháp này tỏ ra rất có hiệu quả đối với những trường hợp hẹp một đoạn tương đối ngắn hoặc được sử dụng cho những bệnh nhân dưới 65 tuổi hoặc những người vừa mới xuất hiện triệu chứng của bệnh mạch vành.

Nong mạch vành bằng bóng đôi khi có thể gây ra một số biến chứng nghiêm trọng như động mạch bị xé rách hay tạo ra một cục máu đông mới mà nếu không điều trị kịp thời sẽ gây nhồi máu cơ tim chứ không phải là ngăn ngừa nhồi máu cơ tim. Biến chứng này rất hiếm gặp nếu do chuyên gia về tim mạch thực hiện; đáng quan tâm hơn là tình trạng tái hẹp xảy ra trong vòng 1 năm sau khi nong với tỉ lệ 1/3 và

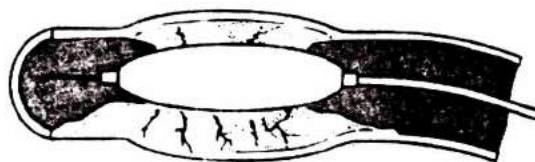
NONG MẠCH VÀNH BẰNG BÓNG



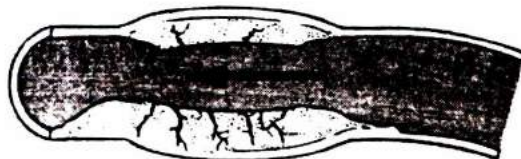
Ống thông được đặt ở lỗ động mạch vành và một dây dẫn mỏng, đàn hồi làm bằng kim loại sẽ được đẩy vào mạch máu xuyên qua chỗ đm vành bị hẹp, rồi sau đó hướng ống thông có bóng vào dây dẫn kim loại.



Ống thông có bóng được đặt cạnh màng xơ vữa động mạch

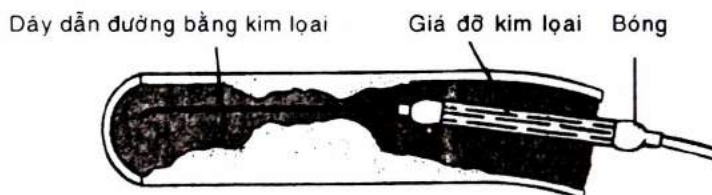


Khi bơm bóng thì màng xơ vữa bị ép chặt và bị xẹp xuống

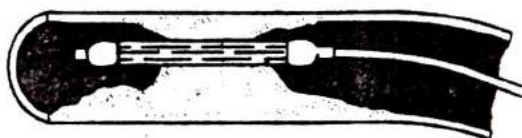


Khi rút bóng ra máu được tái lưu thông lại vì lòng động mạch đã được mở rộng ra

LƯỚI NONG ĐỘNG MẠCH VÀNH

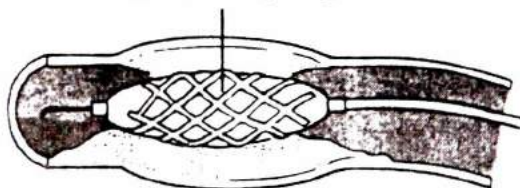


Một ống thông có cấu hình đặc biệt có bóng thổi phồng và một giá đỡ bằng kim loại ở đầu ống thông được sử dụng để đưa giá đỡ kim loại tới chỗ động mạch bị hẹp



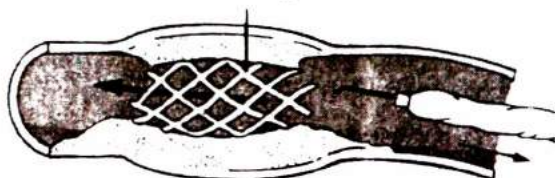
Ống thông đặt ở vị trí sao cho giá đỡ bằng kim loại nằm đúng trong vị trí hẹp của động mạch vành

Bóng được bơm phồng lên



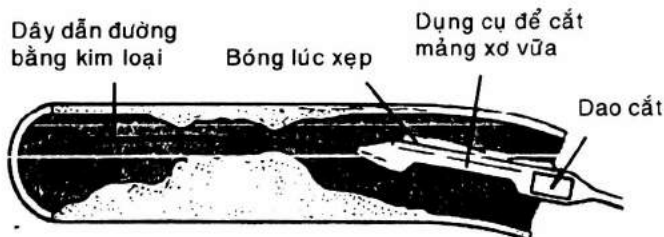
Khi bóng được bơm phồng sẽ làm bung giá đỡ kim loại ra và kéo căng làm dẫn lòng động mạch vành ra.

Giá đỡ bung ra

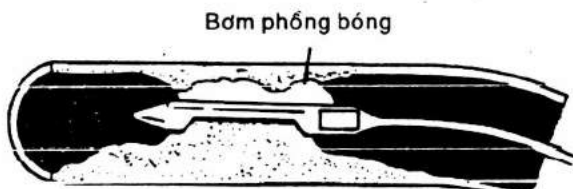


Rút ống thông có bóng ra, giá đỡ kim loại lót bên trong sẽ giúp làm rộng lòng mạch bị hẹp ra

LẤY MẢNG XƠ VỮA TRONG LÒNG ĐỘNG MẠCH VÀNH



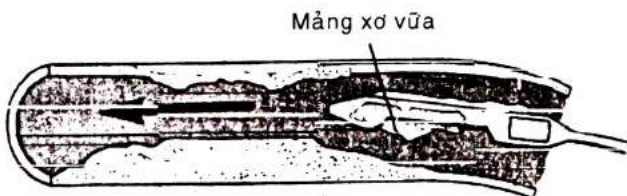
Một dụng cụ đặc biệt có gắn bóng thổi phồng ở một bên và một bên có lỗ để đưa dây dẫn vào đúng đoạn động mạch vành bị hẹp.



Khi bơm phồng bóng lên thì mảng xơ vữa sẽ bị ép lại và bị xoắn vặn và vận vào phần lỗ của dụng cụ



Khi lưỡi dao xoay thì mảng xơ vữa sẽ bị cắt ra thành những mảnh vụn và chúng được rút bỏ đi theo dụng cụ



Khi rút ống thông ra, động mạch vành sẽ được tái thông và máu sẽ chảy qua dễ dàng hơn

khi đó cần phải ngưng trở lại hay thậm chí phải tiến hành thủ thuật phức tạp hơn như là thủ thuật mổ bắc cầu.

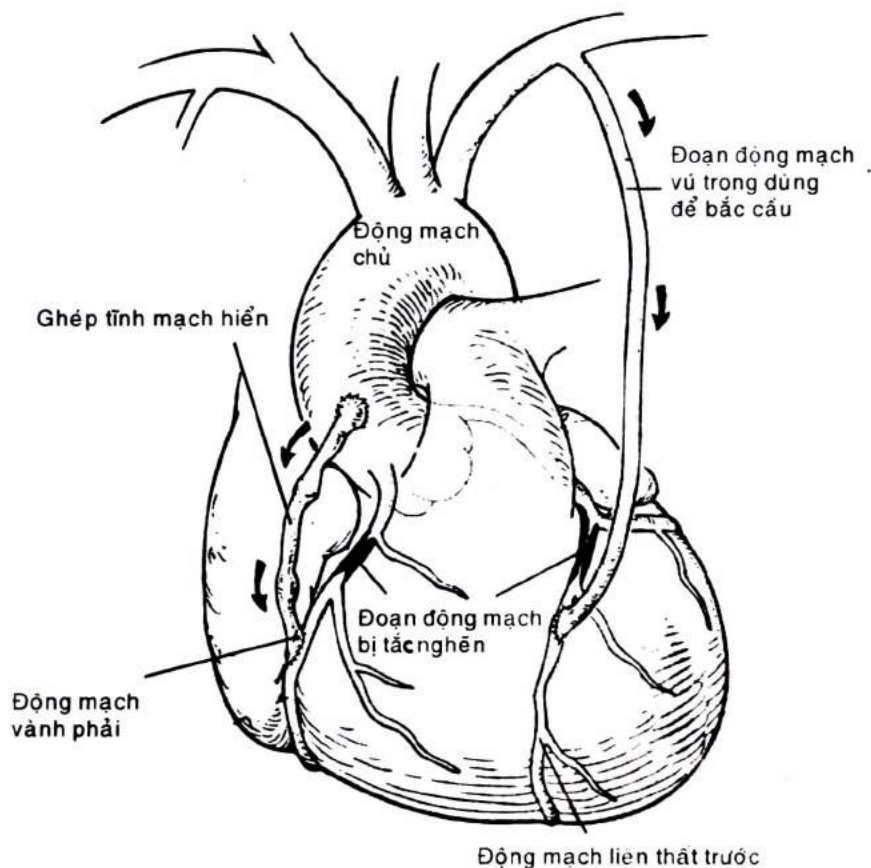
Mặc dù nam giới được tiến hành nong mạch vành bằng bóng khi bệnh mạch vành đã tiến triển nặng hơn so với phụ nữ nhưng những phụ nữ khi tiến hành thủ thuật này lại có tỉ lệ thành công thấp hơn trong việc giải quyết tắc nghẽn và giảm đau thắt ngực. Đầu tiên người ta cho rằng sự khác biệt này là do động mạch của phụ nữ có kích thước nhỏ hơn nên các nhà tim mạch học cố gắng sử dụng bóng nong có kích thước nhỏ hơn. Tuy nhiên, kết quả cũng không khác biệt nhiều so với trước. Ngày nay, các nhà tim mạch học cho rằng lứa tuổi mắc bệnh mạch vành của phụ nữ tương đối lớn và phụ nữ có nhiều bệnh khác đi kèm nên khi thực hiện thủ thuật họ sẽ có nguy cơ bị biến chứng cao hơn.

Mặc dù vậy, nong mạch vành bằng bóng vẫn là lựa chọn tốt cho nhiều phụ nữ, đặc biệt là bởi vì tiên lượng lâu dài cho cả hai giới là như nhau, ngoại trừ tình trạng đau ngực có khuynh hướng tái phát ở nữ nhiều hơn nam và khi nong chỗ hẹp thành công thì khả năng tái hẹp của nữ thấp hơn so với nam giới.

7/ Phẫu thuật mổ bắc cầu:

Trong phương pháp này người ta dùng một đoạn tĩnh mạch ngắn ở đùi (tĩnh mạch hiển) hay động mạch vú trong ở ngực ghép phía trên đoạn động mạch bị hẹp để mở thông cho dòng máu đi vòng qua chỗ bị hẹp (xem hình). Có khá nhiều bằng chứng cho rằng phương pháp này có hiệu quả

PHẪU THUẬT BẮC CẦU



Có 2 dạng bắc cầu bằng mạch máu được sử dụng trong phẫu thuật mổ bắc cầu cho động mạch bị tắc nghẽn. Người ta có thể sử dụng một đoạn tĩnh mạch hiển lấy từ chân để bắc cầu nối giữa động mạch chủ và động mạch vành phải ngay phía trên đoạn bị tắc nghẽn. Người ta cũng có thể sử dụng động mạch vú trong (mạch nuôi dưỡng cơ phải trên của ngực) để nối với động mạch liên thất trước tại vị trí phía sau chỗ bị tắc nghẽn. Các mũi tên chủ thích hướng máu chảy.

đối với những trường hợp đau thắt ngực không đáp ứng với điều trị bằng thuốc cũng như những trường hợp bệnh mạch vành hẹp cả ba nhánh hay hẹp ở nhánh chính của động mạch vành trái. Phân nửa số bệnh nhân thực hiện phẫu thuật không bị đau thắt ngực 5 năm sau phẫu thuật.

Mặc dù có được lợi điểm này nhưng mổ bắc cầu có vẻ có điều gì đó không được bảo đảm. Nó không thể ngăn ngừa tình trạng xơ vữa động mạch xảy ra trên đoạn ghép mới. Thực tế, trong một số nghiên cứu gần đây cho thấy có đến 4/5 trường hợp được mổ bắc cầu bị tắc đoạn ghép đe dọa tính mạng sau 10 năm làm thủ thuật. Dường như động mạch vú trong ít bị hẹp hơn so với tĩnh mạch hiển, vì vậy mạch máu này càng được sử dụng nhiều mặc dù về kỹ thuật khó thực hiện hơn.

Vẫn chưa có sự thống nhất ý kiến về việc cho rằng thủ thuật mổ bắc cầu thực sự kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân ngoại trừ trường hợp bị tắc nghẽn nặng và khi đó kết quả của thủ thuật mới thực sự có sự khác biệt ý nghĩa giữa cái sống và cái chết. Mặc dù cả hai giới đều có thể sống trong vòng 5-10 năm sau phẫu thuật nhưng phụ nữ có nguy cơ tử vong trong hay sau khi làm thủ thuật cao gấp 3 lần nam giới. Điều này có lẽ một phần do sự khác biệt về cơ thể học và kích thước mạch máu ở phụ nữ cũng như thực tế là nhiều phụ nữ khi thực hiện thủ thuật lại nhiều tuổi hơn, bệnh tiến triển hoặc có nhiều bệnh nội khoa đi kèm như đái tháo đường, suy tim sung huyết. Phụ nữ trải qua phẫu thuật bắc

cầu thường ở trong tình huống cấp cứu, do vậy mà tỷ lệ tử vong có xu hướng cao hơn. Nhiều nghiên cứu về tử vong ở nữ giới được tiến hành khi phẫu thuật bắc cầu không tiến bộ như ngày nay. Việc sử dụng động mạch vú trong và điều trị thuốc kháng tiểu cầu thường quy để dự phòng cục máu đông đã làm giảm tỷ lệ tử vong cho cả hai giới.

Tất cả các yếu tố này giải thích tại sao phụ nữ có triệu chứng bệnh mạch vành ít được thực hiện mổ bắc cầu hơn nam giới mặc dù những nguyên nhân này cũng không giải thích được tại sao người da đen cả nam lẫn nữ đều ít được thực hiện thủ thuật mổ bắc cầu hơn so với người da trắng. Người ta thống nhất ý kiến cho rằng những phụ nữ bị đau thắt ngực mức độ nhẹ đến trung bình và không có nguy cơ đặc biệt kèm theo thì không nên thực hiện phẫu thuật ngay trừ khi họ đã cố gắng làm giảm triệu chứng bằng thuốc, chế độ ăn và tập thể dục nhưng không thành công.

Có thể ngăn ngừa bệnh động mạch vành như thế nào?

Bệnh động mạch vành là hậu quả của nhiều biến đổi mà một trong số đó như là tiền sử gia đình thì không thể kiểm soát được. Tuy nhiên, có thể làm giảm bớt nguy cơ mắc bệnh mạch vành bằng cách thay đổi một vài thói quen như bỏ thuốc lá (tốt hơn hết là không bao giờ hút lại nữa) sẽ làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh mạch vành xuống còn một nửa. Trên 60% nhồi máu cơ tim ở phụ nữ dưới 50 tuổi được quy là do hút thuốc lá và những phụ nữ

ngừng hút thuốc lá sau nhồi máu cơ tim có tuổi thọ cao hơn so với những người còn hút thuốc.

Có một số bằng chứng cho rằng những phụ nữ đã bị nhồi máu cơ tim có thể có nhiều cơ hội sống sót bằng cách kiểm soát tăng huyết áp, thậm chí là tăng huyết áp nhẹ. Lợi ích của việc cải thiện mức cholesterol và mỡ trong máu của phụ nữ không rõ ràng bằng nam giới mặc dù một số nghiên cứu gần đây đề xuất rằng sẽ có lợi khi tăng tỷ lệ tương đối giữa HDL với LDL và giảm các triglycerid (xem phần tăng cholesterol). Thông thường thầy thuốc khuyên bệnh nhân nên năng tập thể dục, ăn chế độ ăn ít chất béo và nếu cần thiết có thể dùng thuốc để kiểm soát mức cholesterol và lipid quá cao.

Khi so sánh với những người không uống rượu, người ta nhận thấy những phụ nữ trên 50 tuổi dùng 1-20 cốc rượu mỗi tuần thì nguy cơ mắc bệnh mạch vành thấp hơn có lẽ là do rượu làm tăng HDL. Lợi điểm tương tự cũng xảy ra đối với nam giới dùng rượu nhưng phải cân nhắc giữa lợi ích này với các nguy cơ do dùng rượu gây ra như nghiện rượu, tổn thương gan (xem phần sử dụng rượu).

Mặc dù vẫn còn nhiều tranh cãi, nhưng ngày càng có nhiều bằng chứng cho rằng giảm cân là một chiến lược điều trị có hiệu quả chống lại bệnh mạch vành. Người ta đã xác định có mối liên hệ giữa béo phì và bệnh mạch vành. Theo một số nghiên cứu gần đây cho thấy những phụ nữ ở tuổi trung niên tăng cân từ 0,5 - 1 kg sẽ làm tăng

nguy cơ mắc bệnh mạch vành trong tương lai. Nhưng phụ nữ quá béo và có thêm các yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành khác thì nên đến thầy thuốc để được hướng dẫn giảm cân một cách an toàn và hợp lý. Tập thể dục là một phần quan trọng trong việc giảm cân, ngoài ra thể dục còn có những lợi ích khác trên hệ thống tim mạch.

Nam hay nữ bị tiểu đường typ I (phụ thuộc insulin) có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim bằng cách kiểm soát tốt đường huyết và dùng liệu pháp insulin mạnh. Vấn đề kiểm soát chặt chẽ đường huyết có mang lại hiệu quả tương tự trong tiểu đường typ II hay không còn trong vòng nghiên cứu.

Nhưng bằng chứng mới đây gợi ý rằng sử dụng hàng ngày liều thấp aspirin ở những phụ nữ từ 34-59 tuổi có thể làm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim. Sau nhồi máu cơ tim, một số thầy thuốc khuyên nên dùng hoặc aspirin hoặc chẹn beta để làm giảm nguy cơ nhồi máu tái phát.

Sau cùng, những phụ nữ đã bị bệnh mạch vành hay có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành thì nên xem xét việc điều trị thay thế estrogen sau mãn kinh. Mặc dù có nhiều tác dụng phụ đi kèm khi dùng thuốc nhưng nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành đã khiến cho nó vượt qua các tác dụng phụ của thuốc.

SUY TIM

Suy tim (về mặt chuyên môn được xem như là suy tim sung huyết) xảy ra khi tim không thể bơm máu đầy đủ cho cơ thể. Khi đó lượng máu còn ứ đọng nhiều trong buồng tim làm gia tăng áp lực trong buồng tim và áp lực này sẽ lan truyền ngược về phía sau (lan truyền ngược về phía tĩnh mạch). Do đó các mô trong cơ thể sẽ bị thiếu oxy mà bình thường lượng oxy này do máu chuyên chở đến. Sự lan truyền áp lực ngược ra phía sau sẽ gây gia tăng áp lực thủy tĩnh dẫn đến sự tích tụ dịch tại nhiều phần khác nhau của cơ thể như là ở phổi, chân, mắt cá chân và ở gan.

Suy tim sung huyết có thể xảy ra do một số nguyên nhân bao gồm các nguyên nhân cơ học như các bệnh lý van tim, hậu quả của nhồi máu cơ tim trước đó, các rối loạn nhịp tim, tổn thương cơ tim và hậu quả của tình trạng tăng huyết áp kéo dài. Ở phụ nữ suy tim do bệnh mạch vành ít gặp hơn so với nam giới, thay vào đó nguyên nhân gây suy tim ở phụ nữ liên quan đến cơ chế bơm máu của tim.

Có 2 giai đoạn xảy ra trong quá trình bơm máu của tim:

- ♦ Giai đoạn tâm thu: cơ tim co bóp để đẩy máu ra ngoài hệ thống động mạch.
- ♦ Giai đoạn tâm trương: cơ tim giãn ra để máu được đổ đầy vào buồng tim sẵn sàng cho một chu kỳ bơm máu tiếp theo.

Loại suy tim sung huyết do bệnh mạch vành (thường gặp nhiều nhất ở nam) xảy ra là do cơ tim bị tổn thương mất khả năng co bóp. Ở phụ nữ nguyên nhân gây suy tim do rối loạn giai đoạn cơ tim giãn lại thường gặp hơn. Lúc này cơ tim trở nên cứng đờ hay cơ tim dày phì đại lên làm cản trở quá trình đổ đầy máu của tim. Nguyên nhân thường gặp nhất là tình trạng cao huyết áp kéo dài, lúc này để có thể vượt qua áp lực gia tăng trong các động mạch (do huyết áp cao gây ra) thì cơ tim phải dày và phì đại lên.

Những ai có nhiều khả năng bị suy tim sung huyết?

Ở cả hai giới, tăng huyết áp làm gia tăng nguy cơ bị suy tim sung huyết. Phụ nữ bị tiểu đường cũng đặc biệt có nguy cơ cao bị suy tim sung huyết bởi vì họ có nhiều khả năng mắc bệnh mạch vành hơn người bình thường. Chính bệnh mạch vành sẽ tạo sẹo cơ tim và làm giảm khả năng co bóp của tim. Suy tim sung huyết thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ và cũng xảy ra nhiều hơn ở những phụ nữ lớn tuổi nhưng khi phụ nữ đã bị suy tim sung huyết thì có khả năng bị tử vong cao hơn so với nam giới.

Triệu chứng suy tim sung huyết

Triệu chứng chính của suy tim sung huyết là khó thở, mệt, yếu và phù. Triệu chứng suy tim nào sẽ xuất hiện là hoàn toàn tùy thuộc vào phần nào của tim bị suy.

Nếu thất trái không thể bơm máu ra ngoài một cách có hiệu quả thì áp lực máu gia tăng sẽ được dẫn truyền ngược về phía phổi gây ra tình trạng sung huyết do ứ dịch ở phổi. Hậu quả là bệnh nhân sẽ bị phù phổi mà triệu chứng đặc trưng là khó thở. Thường những bệnh nhân bị suy tim sung huyết nhẹ chỉ bị khó thở khi gắng sức. Về sau khi suy tim nặng thì khó thở xuất hiện ngay cả khi bệnh nhân ngồi yên hay khi nằm nghỉ.

Nếu tim phải bị suy thì áp lực máu gia tăng sẽ lan truyền ra phía sau làm sung huyết gan và chân gây ra triệu chứng phù ở chân và mắt cá chân và gây rối loạn chức năng gan. Nếu dòng máu tới thận giảm, dịch thừa sẽ tích tụ ở mô khắp cơ thể dẫn tới phù lan rộng hơn (phù toàn thân). Phù ở toàn bộ cơ thể cùng với khó thở sẽ xảy ra khi cả tim phải và trái đều bị suy. Ngoài ra do giảm lưu lượng máu đến cơ nên bệnh nhân dễ cảm thấy mệt mỏi và yếu.

Các phương tiện dùng để chẩn đoán suy tim

Khi người thầy thuốc lâm sàng nghi ngờ bệnh nhân bị suy tim sung huyết thì họ sẽ nghe tim phổi bệnh nhân rồi tiến hành một số thử nghiệm để đánh giá chức năng và

cấu trúc của tim. Những thử nghiệm này bao gồm điện tim để kiểm tra các bất thường về nhịp tim, siêu âm tim để đánh giá chức năng co bóp của tim, cấu trúc các van tim, kích thước các buồng tim, cũng như chụp phim X quang lồng ngực. Xét nghiệm máu và nước tiểu cũng được thực hiện để đánh giá chức năng gan và thận.

Suy tim sung huyết được điều trị như thế nào?

Chưa có cách thức điều trị đặc hiệu cho đa số các trường hợp suy tim sung huyết nhưng người ta đã tiến hành một số bước để giúp những bệnh nhân bị suy tim sung huyết có được một cuộc sống tương đối bình thường. Cách thức điều trị cổ điển bao gồm: nghỉ ngơi tại giường nhằm làm giảm bớt nhu cầu oxy cho cơ tim, qua đó làm giảm bớt công làm việc cho cơ tim. Chế độ ăn hạn chế muối để làm giảm phù. Sử dụng một số thuốc để làm tăng sức co bóp của cơ tim như digoxin, và các thuốc khác như thuốc ức chế men chuyển (enalapril) để làm giảm bớt kháng lực của mạch máu. Trong một số trường hợp người ta tiến hành phẫu thuật để sửa chữa hay thay van hoặc cơ tim bị tổn thương. Đối với những trường hợp nặng người ta tiến hành ghép tim.

Ngày nay người ta thường kê đơn một số thuốc cho những bệnh nhân bị suy tim sung huyết như: thuốc lợi tiểu (làm tăng thải trừ muối và nước qua thận, qua đó làm giảm thể tích máu và làm giảm huyết áp); digitalis làm tăng khả năng co bóp của cơ tim; các thuốc giãn mạch làm giãn mạch, giảm kháng lực mạch máu.

Các thuốc trên có thể không có tác dụng đối với một số phụ nữ bị suy tim sung huyết do tim không được đổ máu đầy đủ. Các loại thuốc khác như thuốc chẹn kênh canxi và chẹn beta có thể được sử dụng để điều trị trong trường hợp này.

Tiên lượng của những bệnh nhân bị suy tim sung huyết tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra suy tim. Khi nguyên nhân gây suy tim là rối loạn nhịp tim và đã được điều trị thì suy tim có thể chữa khỏi. Khi suy tim do tăng huyết áp kéo dài hay do tổn thương nhẹ cơ tim vì nhồi máu cơ tim thì có thể điều trị thành công bằng thuốc. Khi cơ tim bị tổn thương lan rộng do một cơn nhồi máu cơ tim diện rộng hay do nhồi máu cơ tim nhiều lần thì tiên lượng của bệnh nhân sẽ rất dè dặt, hoạt động thể lực của bệnh nhân sẽ bị giới hạn rất nhiều. Sau cùng, tổn thương toàn bộ cơ tim do nhiễm trùng, thường là do virus thì tiên lượng xấu nhất; trường hợp này nếu xảy ra ở người rất trẻ thì chỉ có thể điều trị thành công bằng phương pháp ghép tim.

CÁC BỆNH VAN TIM

Hẹp van động mạch chủ

Trong hẹp van động mạch chủ, van ngăn cách tim và động mạch chủ bị hẹp (động mạch chủ là một động mạch chính từ tim đi ra). Hậu quả là tim cần phải co bóp mạnh hơn để có thể tống máu đi ngang qua van động mạch chủ và cuối cùng là buồng thất trái của tim bị dày và giãn do phải co bóp quá mức.

Hẹp van động mạch chủ là một trong số các bệnh van tim thường do hoặc bất thường bẩm sinh của van hoặc thoái hoá van ở tuổi già. Sự thoái hoá van liên quan đến quá trình tạo sẹo và sự tích tụ canxi trên ba lá van cũng như mô xơ mà bình thường giúp cho van đóng, mở (xem hình). Sự vôi hoá làm thu hẹp diện tích mở van và có khuynh hướng xảy ra ở phụ nữ trẻ nhiều hơn nam.

Những đối tượng nào có nhiều khả năng bị hẹp van động mạch chủ?

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu rõ vì lý do gì mà

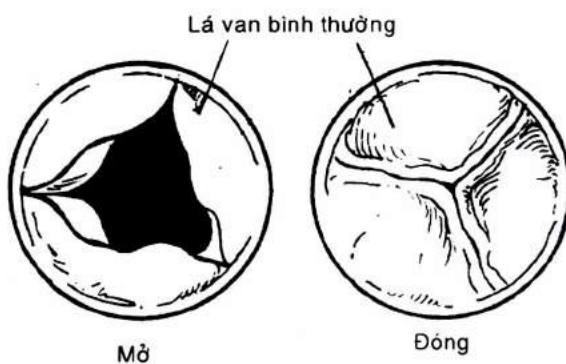
van động mạch chủ của nữ thường bị vôi hoá nhanh hơn van động mạch chủ của nam giới. Vì vậy, trước 70 tuổi nam giới thường bị hẹp van động mạch chủ nhiều hơn so với nữ giới, nhưng sau 70 tuổi thì nữ bị hẹp nhiều hơn so với nam. Ở mỗi giới, triệu chứng hẹp van động mạch chủ không nhất thiết phải xuất hiện trước lứa tuổi trung niên. Đôi khi, các bệnh của van động mạch chủ (không nhất thiết là chỉ có hẹp van động mạch chủ) có thể xảy ra trên những phụ nữ bị thấp tim - sẹo của các van tim xảy ra sau quá trình nhiễm trùng. Điều này đặc biệt đúng đối với những phụ nữ di trú đến Hoa Kỳ từ các nước ở Nam Á, Nam Mỹ hay Trung Mỹ - là những vùng trên thế giới mà tỉ lệ sốt thấp (một biến chứng hiếm gặp do nhiễm liên cầu trùng) gặp tương đối nhiều.

Hẹp van động mạch chủ có triệu chứng gì?

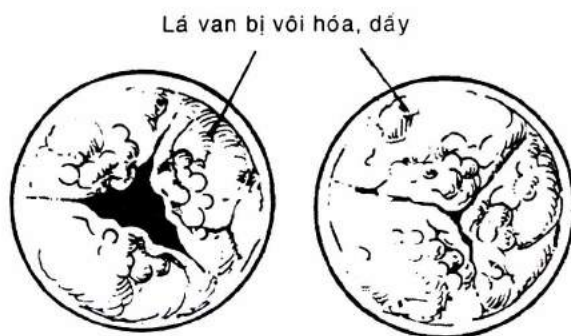
Vì hẹp van động mạch chủ làm cho tim khó bơm máu qua van bị hẹp để đưa máu đến các phần khác nhau của cơ thể, đến các cơ quan sinh tồn, thậm chí máu không đưa đến não và tim gây ra tình trạng thiếu oxy tại các cơ quan này. Triệu chứng lâm sàng của hẹp van động mạch chủ sẽ phản ánh tình trạng thiếu hụt oxy này. Ví dụ khi tim bị thiếu máu nuôi sẽ gây ra cơn đau thắt ngực. Khi não không được cung cấp oxy đầy đủ sẽ gây ra tình trạng choáng váng thậm chí là ngất. Khó thở là một triệu chứng thường gặp khác của hẹp van động mạch chủ - đây chính là phản ứng của cơ thể đối với tình trạng thiếu hụt oxy cho các cơ quan sinh tồn.

VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ
(NHÌN TỪ TRÊN XUỐNG)

LÁ VAN BÌNH THƯỜNG



LÁ VAN BỊ HẸP



Tất cả các triệu chứng này sẽ biểu hiện rõ khi gắng sức, khi mà nhu cầu oxy của cơ thể đạt đến mức cao nhất nhưng khi van động mạch chủ bị hẹp nặng thì triệu chứng có thể xuất hiện, thậm chí khi đang nghỉ ngơi.

Các phương tiện dùng để chẩn đoán hẹp van động mạch chủ

Người thầy thuốc lâm sàng sẽ bắt đầu nghe tim của bệnh nhân bằng ống nghe. Khi nghe được tiếng thổi đặc thù của hẹp van thì thầy thuốc lâm sàng cần làm thêm một số xét nghiệm để chẩn đoán phân biệt hẹp van động mạch chủ với một số bệnh ít nghiêm trọng khác. Các xét nghiệm này có thể bao gồm phim X quang ngực để kiểm tra tình trạng vôi hóa của van cũng như để đánh giá toàn bộ kích thước của tim. Thực hiện siêu âm tim để đánh giá mức độ hẹp của van tim. Khi xác định có hẹp van động mạch chủ và triệu chứng biểu hiện có vẻ nặng thì có thể tiến hành thông tim để đánh giá chính xác mức độ hẹp. Phương pháp này được thực hiện bằng cách đưa một ống dẫn hồi (catheter) từ tĩnh mạch đùi ở chân vào trong mạch máu của tim rồi bơm thuốc cản quang qua ống để quan sát mức độ hẹp của van (xem phần bệnh mạch vành).

Hẹp van động mạch chủ được điều trị như thế nào?

Nếu van động mạch chủ bị hẹp tương đối nhẹ thì có thể không cần thiết phải điều trị. Lúc này đa số các thầy thuốc lâm sàng khuyến cáo bệnh nhân không nên hoạt động thể

lực quá sức và đi khám, tiến hành siêu âm đều đặn để theo dõi tiến triển của bệnh.

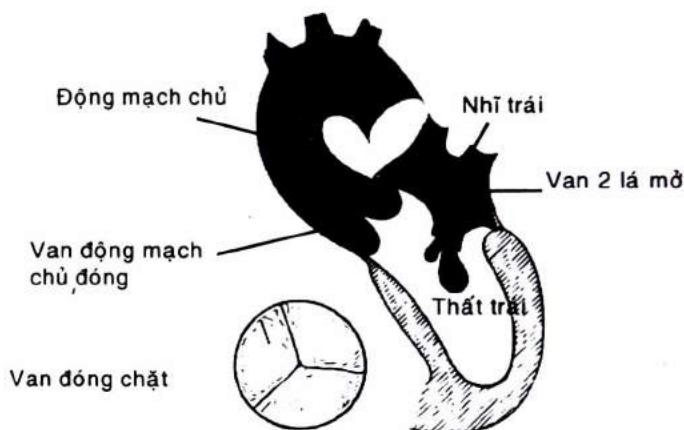
Nếu van động mạch chủ bị hẹp tương đối nhiều hay khi hẹp van có biểu hiện triệu chứng thì thuốc có thể giúp khống chế triệu chứng một cách tạm thời. Nhưng phẫu thuật thay hay sửa van mới chính là phương pháp điều trị chính yếu. Nói chung nếu không phẫu thuật thì những bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ nặng chỉ có thể sống thêm được 2 hoặc 3 năm nữa mà thôi. Thủ thuật nong van - dùng một bóng để nong van (nong van bằng bóng) có vẻ không hiệu quả bằng phẫu thuật thay van trong việc đảm bảo cho bệnh nhân có được chất lượng cuộc sống tốt hơn và một tuổi thọ cao hơn.

Dòng máu chảy bất thường quanh van bị bệnh cho phép vi trùng kết cụm và dễ dàng gây nhiễm trùng cho van tim. Hậu quả là bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ có thể bị viêm nội tâm mạc - tình trạng nhiễm trùng và viêm màng bao bọc bên trong của tim. Để ngăn ngừa tình trạng này, những bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ nên sử dụng kháng sinh trước khi tiến hành các thủ thuật nha khoa và các phẫu thuật khác và nên thông báo cho nha sĩ biết rõ về tình trạng hẹp van của mình.

Hở chủ

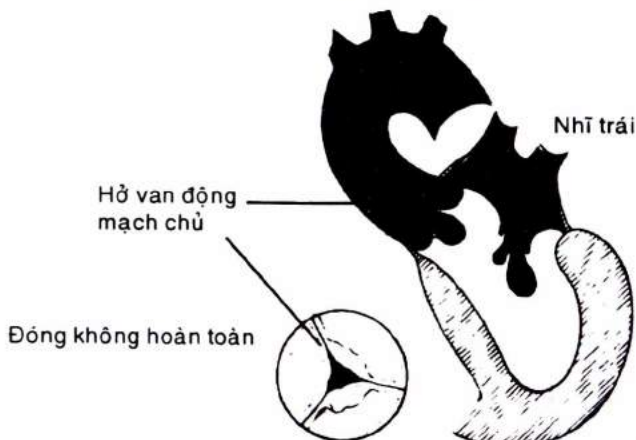
Trong hở chủ, ba lá van cấu thành van động mạch chủ không đóng kín (xem hình). Do đó máu bị chảy ngược qua

VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ BÌNH THƯỜNG



Giữa các chu kỳ tim, máu từ nhĩ trái sẽ đổ vào thất trái ngang qua van 2 lá. Bình thường 3 lá van của động mạch chủ sẽ đóng kín và ngăn không cho máu từ động mạch chủ chảy ngược lại vào thất trái.

Hở VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ



Ở người bị hở van động mạch chủ các lá van không đóng kín, máu sẽ rỉ ngược vào thất trái thông qua van làm gia tăng công việc của thất trái, và sau cùng gây dẫn thất trái.

van vào thất trái khiến cho tim phải bơm máu khó khăn hơn để có thể cung cấp đầy đủ máu cho cơ thể.

Sa van hai lá

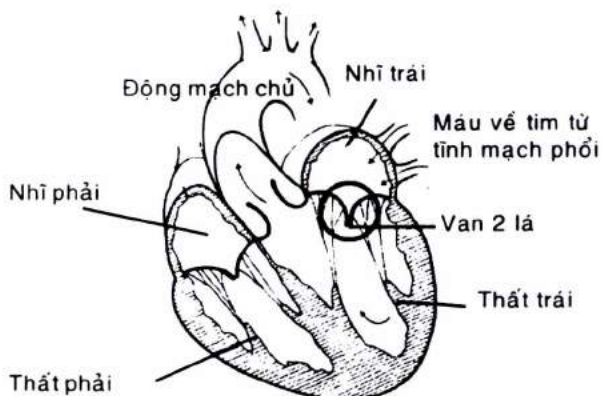
Van hai lá nối liền buồng tim trên và buồng tim dưới của tim trái. Có khoảng một trong số 20 người Mỹ mà đa số là phụ nữ có một hay hai lá van của van hai lá bị sa xuống (xem hình). Tình trạng này được gọi là sa van hai lá.

Thường sa van hai lá được thấy thuốc phát hiện khi nghe tim bằng ống nghe. Người ta chưa tìm thấy được nguyên nhân gây sa van hai lá và trên thực tế người ta xem sa van hai lá như là một dạng biến thể của van hai lá bình thường. Tuy nhiên, thỉnh thoảng, một lượng máu nào đó có thể chảy ngược lên trên buồng nhĩ mỗi khi tâm thất bơm tống máu ra ngoài gây ra một tình trạng được gọi là hở van hai lá và điều này làm gia tăng nguy cơ bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng cho những bệnh nhân bị sa van hai lá. Những bệnh nhân bị sa van hai lá cũng có nhiều nguy cơ bị đột quỵ. Người ta nghi ngờ có một sự liên quan giữa sa van hai lá và rối loạn hoảng loạn, nhưng điều này chưa được chứng minh.

Những ai thường có khả năng bị sa van hai lá

Trong một số trường hợp người ta nhận thấy dường như bệnh sa van hai lá có liên quan đến di truyền và bệnh thường hay xảy ra ở nữ. Đặc biệt bệnh thường hay xảy ra ở những phụ nữ có một số rối loạn về xương lồng ngực kể

Máu đến não và các phần khác của cơ thể



VAN HAI LÁ BÌNH THƯỜNG



Bình thường van hai lá đóng kín và máu được bơm vào thất trái sẽ không trào ngược lên nhĩ trái.

HỖ VAN HAI LÁ



Khi van hai lá không đóng kín thì máu có thể trào ngược vào nhĩ trái gọi là hở van 2 lá hay trào ngược van 2 lá.

cả chứng vẹo cột sống và những người bị hội chứng ngực lõm hay những người bị các bệnh lý về mô liên kết.

Triệu chứng của sa van hai lá

Phần lớn các trường hợp, sa van hai lá không hề gây ra triệu chứng gì. Tuy nhiên, đôi khi bệnh nhân bị đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực, mệt, lo âu, choáng váng hay khó thở. Thỉnh thoảng phụ nữ bị sa van hai lá sẽ có biểu hiện các triệu chứng là do những thay đổi về hormon xảy ra trong chu kỳ kinh nguyệt hay những thay đổi về thể tích máu trong thai kỳ.

Sa van hai lá được chẩn đoán như thế nào?

Tiếng “click” khi nghe bằng ống nghe thường báo hiệu cho thấy thuốc lâm sàng về bệnh lý sa van hai lá. Tiếng “click” xảy ra là do lá van bị sa xuống tạo thành, và nếu dòng máu chảy ngược trở lại tâm nhĩ (tình trạng sa van gây ra hở van) thì có thể nghe thấy tiếng thổi ngay sau tiếng “click”. Để chẩn đoán xác định sa van hai lá nên tiến hành siêu âm tim cho bệnh nhân. Phương pháp chẩn đoán không gây chảy máu và không gây đau này biến đổi các sóng phản hồi trên mô tim thành các hình ảnh trên màn hình.

Sa van hai lá được điều trị như thế nào?

Đa số bệnh nhân sa van hai lá không cần điều trị. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân có thể được khuyến cáo sử

dụng kháng sinh trước khi làm các thủ thuật nha khoa hay tiểu phẫu khác để làm giảm nguy cơ bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.

Nếu đau ngực do hồi hộp đánh trống ngực làm cho bệnh nhân cảm thấy khó chịu thì có thể được điều trị bằng thuốc chẹn beta như atenolol hay propranolol. Những thuốc này nên sử dụng một cách thận trọng cho những bệnh nhân bị bệnh hen vì thuốc có thể làm cho hen của bệnh nhân trở nên nặng nề hơn.

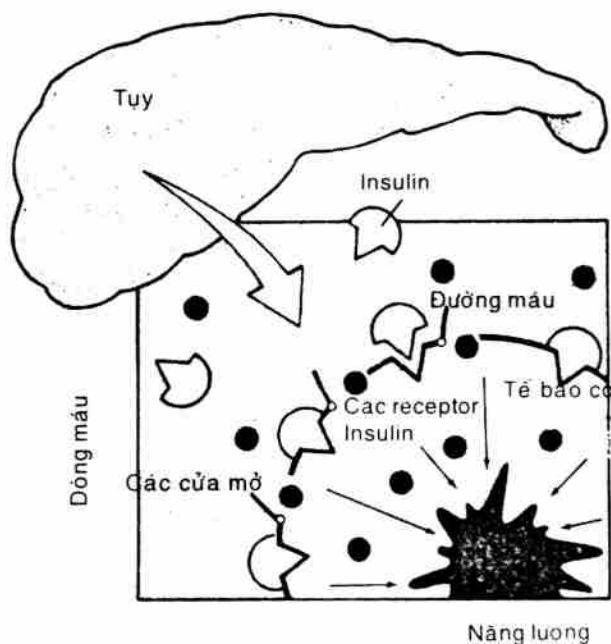
CÁC TÌNH TRẠNG ĐI KÈM KHÁC

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường (tiểu đường) là một nhóm các rối loạn được đặc trưng bằng mức đường (glucose) trong máu cao. Tất cả các thể tiểu đường đều liên quan đến insulin, một hormon vận chuyển đường (glucose) rời khỏi máu vào dự trữ trong các tế bào của cơ thể. Tiểu đường typ I và typ II là hai thể phổ biến nhất, nhưng có trên 3% phụ nữ trước đó không bị (hoặc biết là đã bị) tiểu đường có thể xuất hiện tiểu đường trong khi có thai (gọi là tiểu đường thời kỳ thai nghén).

Trong tiểu đường typ I (còn gọi là tiểu đường khởi phát tuổi thanh thiếu niên), tụy - một tuyến có hình dạng thất thường, mềm, dài nằm sau dạ dày - không sản xuất đủ insulin. Đa số bệnh nhân bị tiểu đường typ I cần tiêm insulin thường xuyên suốt đời. Mặc dù trước tuổi 12, nguy cơ tiểu đường của nam và nữ là ngang nhau, nhưng quanh tuổi dậy thì tỷ lệ mắc bệnh ở nữ lại bắt đầu giảm xuống so với nam giới. Tới trên 30 tuổi nam bị tiểu đường nhiều hơn nữ 25% nhưng sau đó nguy cơ bị tiểu đường lại gần giống nhau ở cả hai giới.

CÁCH TÁC DỤNG CỦA INSULIN



Tụy tiết insulin vào dòng máu để đáp ứng với mức đường máu cao. Sau đó các phân tử insulin gắn với các receptor đặc hiệu trên bề mặt của các tế bào trong mô cơ và các cơ quan khác. Các receptor báo hiệu cho tế bào để cho phép đường đi vào và có thể được sử dụng như là nguồn năng lượng.

Ở người kháng lại insulin, đường không đi vào trong tế bào dù insulin có gắn với các receptor.

Đa số bệnh nhân bị tiểu đường ở tuổi trưởng thành là typ II. Trong thể này có thể cần lượng insulin nhiều hơn bình thường để duy trì mức đường máu bình thường, điều này có thể là vì các tế bào khắp cơ thể không đáp ứng một cách thích hợp với insulin (xem hình). Tiểu đường typ II (trước đây gọi là tiểu đường khởi phát ở tuổi trưởng thành) điển hình là khởi phát sau tuổi 40 và thường ở người quá cân hoặc béo phì, và ở người có tiền sử gia đình bị tiểu đường. Nam hay nữ bị tiểu đường typ II nhiều hơn vẫn còn bàn cãi.

Tiểu đường thời kỳ thai nghén là thể rối loạn duy nhất xảy ra trong thời kỳ có thai, có thể là do rau thai tiết ra các hormon làm thay đổi cách tác dụng của insulin. Mặc dù mức đường (glucose) thường trở về bình thường sau khi sinh con, nhưng phụ nữ đã bị tiểu đường lúc có thai và cần dùng insulin khi có thai có nguy cơ cao hơn nguy cơ trung bình bị tiểu đường typ II về sau này.

Tiểu đường thời kỳ thai nghén thường xảy ra nhất là ở phụ nữ mang thai trên 30 tuổi, béo phì trước đây đã sinh con quá to (trên 4 kg) hoặc thai nhi chết lúc sinh, hoặc có tiền sử gia đình bị tiểu đường.

Ai có khả năng bị nguy hiểm?

Khi so sánh với nam giới cùng độ tuổi, phụ nữ không bị tiểu đường dường như có mức độ bảo vệ trước các bệnh tim và mạch máu cho đến lúc mãn kinh. Phụ nữ bị tiểu đường dường như mất sự bảo vệ tương đối này và ở tất cả các độ

tuổi đều tăng nguy cơ bị chết vì bệnh mạch vành, suy tim (toàn bộ tim bơm máu kém hiệu quả), đột quỵ, và bệnh mạch ngoại vi. Hút thuốc, tăng huyết áp và béo phì đều làm tăng các nguy cơ này.

Trong một vài trường hợp, phụ nữ bị tiểu đường có nguy cơ cao hơn nam giới cùng độ tuổi bị tiểu đường. Ví dụ, tử vong do bệnh tim ở phụ nữ bị tiểu đường cao hơn nam giới, mặc dù cả hai giới khi bị tiểu đường đều có nguy cơ tử vong vì những bệnh này cao hơn so với dân số nói chung. Điều này một phần là vì mạch máu của họ thường bị tổn thương rộng hơn và một phần là vì cơ nhồi máu cơ tim có thể có các triệu chứng bất thường khó xác định.

Các cách phẫu thuật thường được tiến hành trên bệnh nhân bị bệnh tim có thể đặc biệt nguy hiểm cho phụ nữ bị tiểu đường. Ví dụ, một số nghiên cứu (nhưng không phải là tất cả) gợi ý rằng phẫu thuật cầu nối mạch vành ở phụ nữ bị tiểu đường thì kém hiệu quả và nguy hiểm hơn ở phụ nữ không bị tiểu đường. Nếu điều này là sự thật thì có thể cần làm gì đó theo bản chất của sự lắng đọng mỡ ở các động mạch của phụ nữ bị tiểu đường. Liệu phụ nữ bị tiểu đường có bị nhiều biến chứng của phẫu thuật tạo hình mạch vành (phẫu thuật nong mạch vành bằng bóng) hơn so với phụ nữ không bị tiểu đường hoặc nam giới bị tiểu đường không vẫn còn chưa rõ.

Điều trị tiểu đường như thế nào?

Nghiên cứu gần đây đã chỉ ra một cách rõ ràng là bình

thường hóa mức đường máu ở tiểu đường typ I có thể giúp ngăn ngừa bệnh mạch vành. Nhiều bác sĩ tin rằng điều này cũng đúng cho tiểu đường typ II.

Cách để kiểm soát đường máu trong tiểu đường typ I là theo dõi chế độ ăn, duy trì chương trình luyện tập đều đặn, và điều chỉnh các liều insulin một cách cẩn thận theo mức đường máu thường xuyên. Người phụ nữ có thể tự đo mức đường máu nhiều lần trong ngày tại nhà bằng dụng cụ đơn giản gọi là máy tự đo đường máu. Bệnh nhân dùng một con dao nhỏ chích nhỏ, chích nhẹ vào đầu ngón tay và nhỏ một giọt máu vào miếng giấy mảnh, rồi đặt miếng giấy này vào máy đo. Sau một phút sẽ có kết quả.

Với đa số phụ nữ bị tiểu đường typ II thì kiểm soát cân nặng là đặc biệt quan trọng để kiểm soát đường máu. Như với phụ nữ quá cân thì việc trở về cân nặng bình thường có thể đưa đường máu về mức bình thường. Duy trì cân nặng trung bình thậm chí cũng có thể giúp ngăn ngừa tiểu đường typ II tiến triển. Nếu chú ý về cân nặng không kiểm soát được đường máu (cả luyện tập và chế độ ăn kiêng) thì bước tiếp theo là liệu pháp insulin hoặc các thuốc uống như các thuốc hạ đường máu loại uống và các thuốc mới hơn như metformin (glucophage) và troglitazon (Rezulin). Thói quen lành mạnh (cũng tốt cho mọi người) như là luyện tập đều đặn và tránh hút thuốc là rất quan trọng đối với người bị tiểu đường.

Liệu pháp thay thế estrogen ở phụ nữ sau mãn kinh nhất là phụ nữ bị tiểu đường có thể giúp giảm nguy cơ mắc

một số bệnh tim mạch. Bằng chứng sơ bộ gợi ý rằng liệu pháp này có thể làm cải thiện nhẹ sự kiểm soát đường ở phụ nữ bị tiểu đường, và có tác dụng tích cực lên mức cholesterol mà khi mức này tăng trong tiểu đường làm trầm trọng hơn nguy cơ của bệnh tim. Các nguy cơ của liệu pháp thay thế estrogen trên phụ nữ bị tiểu đường không cao hơn những phụ nữ khác.

CAO HUYẾT ÁP

Cao huyết áp hay tăng huyết áp một cách kiên định là một vấn đề phổ biến ở Mỹ và được coi là nguyên nhân chính gây bệnh tim mạch và đột quy. Trong 5 người Mỹ trưởng thành thì có ít nhất 1 người được xem như là có huyết áp cao. Mặc dù bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn ở phụ nữ nhưng càng lớn tuổi thì tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới và phụ nữ ngang nhau vì phụ nữ có khuynh hướng sống thọ hơn.

Cao huyết áp không phải chỉ do một nguyên nhân gây ra mà dường như do sự kết hợp của nhiều yếu tố môi trường ảnh hưởng trên những người được xem là có liên quan đến yếu tố di truyền. Có 2 thể chính: nguyên phát và thứ phát. Cao huyết áp nguyên phát (đôi khi được gọi là cao huyết áp vô căn) được quy cho đại đa số các trường hợp, khởi phát tự nó không kèm theo bất kỳ bệnh hay rối loạn cơ bản nào. Ngược lại, cao huyết áp thứ phát (hay thực thể) là hậu quả của một bệnh nào đó xảy ra từ trước.

Huyết áp là áp lực do máu tuần hoàn tác động lên thành

động mạch. Nó được đo 2 lần: trong suốt quá trình co bóp của cơ tim (huyết áp tâm thu) và trong suốt khoảng thời gian nghỉ giữa hai lần co bóp (huyết áp tâm trương). Do vậy, số đo huyết áp luôn bao gồm 2 số, chẳng hạn 120/80 (đọc là 120 trên 80). Trong trường hợp này, 120 là huyết áp tâm thu, còn 80 là huyết áp tâm trương. Huyết áp tâm thu luôn cao hơn huyết áp tâm trương.

Bác sĩ lâm sàng đo huyết áp bằng cách sử dụng máy đo huyết áp hoặc dụng cụ tương tự. Máy đo huyết áp bao gồm một túi bằng cao su dùng để bao xung quanh cánh tay đoạn ngay trên khuỷu tay và được nối với một hệ thống ống đo lường chứa thủy ngân. Bằng cách bơm không khí vào túi cao su để nó siết chặt vào cánh tay và sau đó nghe tiếng mạch đập bằng ống nghe, bác sĩ thấy được số ghi trên đồng hồ tương ứng với độ cao trong cột thủy ngân được nâng lên bởi áp lực máu. Vì thế, số đo tâm thu 120 nghĩa là áp lực máu trong suốt quá trình co bóp của tim đã nâng mức thủy ngân lên 120 mm.

Huyết áp chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Một vài yếu tố đó mang tính lâu dài như khả năng bơm tống máu của tim, hoặc sức cản của động mạch (tính đàn hồi và trơn láng). Nhưng nhiều yếu tố nhất thời cũng có thể giải thích cho sự thay đổi huyết áp như thời gian trong ngày, thuốc sử dụng hay khi bị xúc động bất chợt (trong đó có cả trường hợp sợ hãi khi đo huyết áp tại phòng khám của bác sĩ). Chỉ khi nào con số đo được cao một cách cố định, được bác sĩ giỏi đo ít nhất ở hai vị trí khác nhau và dụng cụ đo chính

xác, mới đủ để đưa ra chẩn đoán là cao huyết áp. Chẩn đoán cao huyết áp không thể xem nhẹ được vì có thể để lại hậu quả dùng thuốc suốt đời.

Có một tranh cãi trong giới y học về việc xem xét con số huyết áp cao bao nhiêu thì được xem là cao huyết áp. Những tiêu chuẩn khác nhau được đưa ra là nguyên nhân chính giải thích tại sao tần suất mắc bệnh cao huyết áp thường hay thay đổi. Tổ chức y tế thế giới cho rằng 160/95 là giới hạn trên của mức bình thường. Trái lại ở Mỹ, Ủy ban liên hiệp các quốc gia trong việc xác định, đánh giá và điều trị cao huyết áp lại cho rằng huyết áp mà bằng hoặc trên 160/90 là có vấn đề. Nhiều công ty bảo hiểm bắt đầu tăng tiền bảo hiểm cho những người có mức huyết áp thấp hơn nhiều, cùng lúc đó bác sĩ điều trị thường xuyên khuyên rằng bất cứ người nào mà có huyết áp tâm trương ở mức 90 hoặc trên 90 thì nên từng bước làm cho nó hạ xuống, hoặc là thay đổi ngay cách sống hoặc sử dụng thuốc hoặc kết hợp cả hai.

Những người khác tuổi, khác giới tính hoặc khác chủng tộc có cùng số đo huyết áp như nhau có được xem là nguy hiểm như nhau hay không vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Ngày nay người ta biết rất rõ rằng những yếu tố khác nhau về dịch tễ học đóng vai trò chính dẫn đến hậu quả cao huyết áp. Ví dụ, các biến chứng nghiêm trọng có khuynh hướng xảy ra ở những người Mỹ da đen nhiều hơn là ở những người Mỹ da trắng có cùng mức độ cao huyết áp. Tương tự, các biến chứng có khuynh hướng xảy ra ở nam giới hơn là ở phụ nữ với cùng mức độ cao huyết áp.

Ai có khả năng mắc bệnh cao huyết áp ?

Nói chung trong dân số, nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao huyết áp nhiều hơn là phụ nữ, và những người Mỹ da đen thì có khả năng mắc bệnh cao huyết áp nhiều hơn những người Mỹ da trắng. Phụ nữ Mỹ da đen trên 40 tuổi thì khả năng mắc bệnh này gấp đôi phụ nữ da trắng cùng tuổi. Ở những người Philippin dường như tỷ lệ mắc bệnh cao huyết áp cao hơn tỷ lệ trung bình, còn ở những người Trung Hoa hay những người thuộc dòng dõi Tây Ban Nha thì tỷ lệ này lại thấp hơn so với tỷ lệ trung bình. Tỷ lệ cao huyết áp nói chung có khuynh hướng tăng theo tuổi, tuy nhiên, ghi nhận mang tính chung chung này đôi lúc không đúng. Chẳng hạn như mặc dù huyết áp của những người phụ nữ trẻ da trắng có khuynh hướng thấp hơn những người nam giới trẻ da trắng, nhưng những phụ nữ da trắng tuổi từ 60 đến 74 chỉ có nguy cơ mắc bệnh cao huyết áp ngang bằng với những người nam giới da trắng cùng tuổi.

Chế độ ăn hàng ngày nhiều muối và không đủ kali, canxi đều có ảnh hưởng tới cao huyết áp ở những người dễ bị bệnh này. Có bằng chứng cho thấy rằng việc dùng thuốc ngừa thai có liên quan đến cao huyết áp ở phụ nữ. Yếu tố tâm lý và xã hội nhất là stress dường như cũng có liên quan, mặc dù quan hệ nhân quả chính xác giữa stress và cao huyết áp và vai trò của stress trong sự khác biệt giữa phụ nữ và nam giới cần được nghiên cứu nhiều hơn nữa. Những phụ nữ uống 1 hoặc 2 cốc rượu mỗi ngày thì dường như nguy cơ mắc bệnh

cao huyết áp thấp hơn những phụ nữ không uống gì cả, phụ nữ mà uống nhiều quá thì lại có nguy cơ mắc bệnh cao hơn.

Phụ nữ mắc bệnh béo phì với trọng lượng nặng hơn ít nhất 20% trọng lượng lý tưởng của mình (Xem phần kiểm soát thể trọng) thường nguy cơ mắc bệnh cao huyết áp gấp 4 lần những phụ nữ không bị béo phì với xuất phát điểm tương tự nhau. Những phụ nữ da trắng béo phì khả năng mắc bệnh cao huyết áp gấp 8 lần và khả năng mắc bệnh tim mạch gấp 10 lần so với những phụ nữ khác. Giảm cân dường như là cách tốt nhất để hạ huyết áp.

Mối liên hệ giữa tiểu đường và cao huyết áp là phức tạp ngang nhau, không chỉ bệnh tiểu đường làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh cao huyết áp mà cao huyết áp cũng có thể làm trầm trọng hơn biến chứng của bệnh tiểu đường. Thêm vào đó, cả cao huyết áp và tiểu đường đều có khuynh hướng xảy ra cùng một lúc với tình trạng mỡ trong máu cao và với béo phì, cả hai đều là yếu tố nguy cơ của bệnh xơ vữa động mạch và bệnh tim mạch.

Một khi cao huyết áp đã khởi phát thì những yếu tố khác như là hút thuốc dường như làm tăng nguy cơ biến chứng. Những biến chứng nghiêm trọng của cao huyết áp (như là suy thận) có khuynh hướng xảy ra ở những người Mỹ da đen cao hơn những người thuộc các dân tộc khác. Giải thích điều ghi nhận này là do tình trạng cao huyết áp của họ nặng hơn hay là do sự khác nhau về đặc tính của các động mạch thì vẫn chưa ngã ngũ. Những yếu tố khác như là lượng muối

trong chế độ thức ăn khác nhau, áp lực ngoài xã hội, cách sống (đặc biệt là sự luyện tập) và mức độ quan tâm chăm sóc y tế cũng có thể giúp giải thích những đặc tính và tỷ lệ cao huyết áp ở những người thuộc các chủng tộc khác nhau.

Cao huyết áp thứ phát có khuynh hướng xảy ra ở phụ nữ bị những bệnh cơ bản khác nhau, bao gồm bệnh xơ vữa động mạch, cường giáp, nhược giáp, hội chứng Cushing và thường gặp nhất là các bệnh thận. Trong trường hợp bệnh thận, không phải lúc nào cũng dễ dàng phân biệt cao huyết áp nguyên phát hay thứ phát bởi vì cao huyết áp có thể hoặc là nguyên nhân hoặc là hậu quả của bệnh thận.

Nếu huyết áp đã cao trước khi mang thai thì thường sẽ cao hơn nữa trong thời kỳ mang thai. Nếu cao huyết áp xảy ra sau tuần thứ 20 thì có thể là dấu hiệu của tiền sản giật, một tình trạng nghiêm trọng đòi hỏi sự theo dõi sát của bác sĩ lâm sàng. Những phụ nữ mà mắc bệnh cao huyết áp trước khi mang thai thì được xem là có nguy cơ biến chứng cao và thai nhi có thể có trọng lượng thấp khi sinh ra. Tuy nhiên, với chăm sóc tốt trước khi sinh và kiểm soát huyết áp chặt chẽ, thì những phụ nữ bị huyết áp cao trong thời kỳ mang thai vẫn có thể cho ra đời những đứa trẻ bình thường, khỏe mạnh.

Triệu chứng bệnh như thế nào ?

Cao huyết áp nguyên phát là bệnh không có triệu chứng. Cách duy nhất để biết chắc rằng mạch máu và những cơ quan đang có nguy cơ bị tổn thương là số đo huyết áp cao một cách kiên định.

Cao huyết áp làm co các tiểu động mạch - là động mạch nhỏ nhất và mảnh nhất khắp cơ thể. Hậu quả là tim to ra vì cơ tim phải làm việc quá mức để bơm máu vào các mạch máu này. Khi tim to, thì nó bắt đầu bơm máu kém hiệu quả. Ngoài việc gây bệnh tim, thì tổn thương các động mạch do cao huyết áp có thể gây xuất huyết não (đột quỵ) và xuất huyết võng mạc mắt (có thể dẫn đến mù).

Những cơn đau tim, suy tim sung huyết và bệnh thận xuất hiện là do cao huyết áp có tình trạng xơ vữa động mạch - là quá trình mà lòng mạch máu bị thu hẹp lại do sự lắng đọng mỡ và mô sẹo.

Nếu động mạch cung cấp máu cho tim (mạch vành) bị bít lại hoặc bị tắc nghẽn thì sẽ gây ra cơn đau ngực (gọi là cơn đau thắt ngực) và có thể xuất hiện cơn đau tim mà vẫn thường gọi là nhồi máu cơ tim. Còn nếu động mạch cung cấp máu cho não bị tắc nghẽn thì sẽ gây ra đột quỵ. Nếu là động mạch cung cấp máu cho thận thì hậu quả có thể là suy thận.

Tình trạng cao huyết áp được đánh giá như thế nào?

Nếu một người phụ nữ đã được đo huyết áp trong 2 lần khác biệt nhau thì bác sĩ lâm sàng sẽ khám tổng quát để xác định phạm vi tổn thương của động mạch nếu có. Một phần của nội dung khám bệnh sẽ bao gồm việc khai thác tiền sử gia đình chi tiết về việc cao huyết áp, những bất thường về hormon và bệnh thận. bên cạnh đó cũng phải

khai thác các yếu tố nguy cơ của bệnh tim. Các xét nghiệm máu và nước tiểu (bao gồm công thức máu và phân tích nước tiểu) cũng sẽ được thực hiện để kiểm tra mức glucose, cholesterol, triglycerid, acid uric, canxi, urê nitơ trong máu (BUN) và creatinin. Đôi khi cần làm điện tâm đồ để đánh giá nhịp tim. Siêu âm có thể cung cấp những thông tin trực tiếp về ảnh hưởng của cao huyết áp lên cơ tim.

Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể làm thêm các xét nghiệm khác nếu nghi ngờ cao huyết áp thứ phát (chỉ chiếm khoảng từ 5-10 %). Chỉ định làm các xét nghiệm bổ sung khi cao huyết áp xuất hiện nhanh mà không hề có tiền sử gia đình bị bệnh này hoặc bệnh cao huyết áp nặng bất thường và khó chữa.

Chữa trị cao huyết áp như thế nào?

Cao huyết áp từ nhẹ đến trung bình thường có thể kiểm soát được mà không cần phải dùng đến thuốc. Ví dụ giảm cân ở những phụ nữ có cân nặng quá mức thường là đủ để huyết áp hạ xuống mức bình thường. Những phụ nữ nhạy cảm với muối sẽ thấy huyết áp của họ được kiểm soát tốt nếu giảm lượng muối trong chế độ ăn. Ngay cả đối với những phụ nữ không quá cân thì ăn kiêng cũng có hiệu quả tương tự như dùng thuốc để điều chỉnh cao huyết áp từ mức nhẹ đến trung bình. Chế độ ăn kiêng bao gồm dùng 10 phần trái cây và rau quả mỗi ngày, các sản phẩm sữa ít chất béo để cung cấp đủ protein, ăn nhạt, ít mỡ sẽ có hiệu

quả giảm huyết áp như là dùng các thuốc đầu tay trong điều trị cao huyết áp. Nếu có uống rượu thì nên tự giới hạn 7 cốc một tuần, bỏ hút thuốc và tăng cường tập thể dục sẽ hiệu quả nhưng một số môn thể dục như là cử tạ có thể thực sự làm tăng huyết áp. Nếu phụ nữ bị cao huyết áp mà uống thuốc ngừa thai thì bác sĩ nên khuyên họ dừng ngay và chuyển sang phương pháp ngừa thai khác. Cuối cùng là kỹ thuật phản hồi sinh học, kiểm soát stress, thiền định và những phương pháp thư giãn khác có thể có hiệu quả trong một số trường hợp.

Những phụ nữ bị nghi ngờ hoặc đã biết là bị cao huyết áp nên mua máy đo huyết áp để theo dõi huyết áp tại nhà. Điều đó giúp cho việc kiểm soát số đo huyết áp trung bình một cách chính xác hơn là thỉnh thoảng đi khám ở phòng mạch bác sĩ. Máy đo huyết áp dễ sử dụng cho bệnh nhân hoặc với sự giúp đỡ của các thành viên trong gia đình. Băng quấn đo huyết áp trên tay cũng có thể được sử dụng mặc dù số đo có thể không hoàn toàn chính xác.

Khi những thay đổi về lối sống vẫn không kiểm soát được huyết áp hoặc khi một phụ nữ bị cao huyết áp có nhiều nguy cơ biến chứng thì người thầy thuốc nên nghĩ đến việc dùng thuốc để hạ áp cho bệnh nhân. Mặc dù tần suất mắc cao huyết áp (ở nhóm người cao tuổi) trội hơn ở nữ giới nhưng hầu hết các nghiên cứu về thuốc điều trị cao huyết áp lại tiến hành trên nam giới. Kết quả là tạo ra một sự tranh cãi về việc chỉ định dùng thuốc một cách

thường xuyên để kiểm soát huyết áp đối với phụ nữ liệu có hiệu quả như nam giới hay không và họ có thể bị những tác dụng phụ tương tự hay không.

Tuy vậy, gần đây người ta đã tiến hành làm thêm nhiều nghiên cứu và nếu phụ nữ mắc bệnh cao huyết áp mà không kiểm soát được thì nên tiếp tục dùng thuốc giống như nam giới. Có thể kể ra đây những thuốc có hiệu quả và được dung nạp tốt nhất là thuốc ức chế men chuyển (ví dụ enalapril), thuốc chẹn beta, thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn kênh canxi. Mặc dù tất cả những thuốc sử dụng để kiểm soát cao huyết áp vừa nêu ra là rất tốt nhưng chỉ có nhóm thuốc ức chế men chuyển và chẹn beta được chứng minh là giảm tỷ lệ đột tử do cơn nhồi máu cơ tim mà có liên quan đến cao huyết áp. Thuốc dùng thích hợp có thể thay đổi tùy theo chủng tộc và tình trạng sức khỏe tổng quát của người phụ nữ. Ví dụ phụ nữ Mỹ da đen nói chung đáp ứng tốt với thuốc lợi tiểu hoặc nhóm chẹn kênh canxi hơn là với thuốc chẹn beta hoặc thuốc ức chế men chuyển.

Nhiều loại thuốc khác (như là hydralazine, aldomet, prazosin, và clonidin) có thể khống chế được tình trạng cao huyết áp nhưng phải dùng từ 2 đến 4 lần trong một ngày và có thể gây ra nhiều tác dụng phụ hơn so với thuốc lợi tiểu, chẹn beta, thuốc chẹn kênh canxi và nhóm ức chế men chuyển. Nhưng dù có dùng bất kỳ loại thuốc nào đi nữa thì cũng không trị được cao huyết áp nguyên phát. Cứ tiếp tục dùng thuốc khi được chỉ định là điều thật sự cần

thiết đối với những người bị cao huyết áp - thường thì phải dùng suốt đời. Do cao huyết áp đôi khi không có triệu chứng nên nhiều người ngưng dùng thuốc khi họ cảm thấy tương đối khỏe. Một khi ngưng thuốc, huyết áp lại tăng trở lại và cuối cùng gây tổn thương trên các động mạch. Và ngay cả khi thuốc được dùng rất đúng mực thì nó cũng kém hiệu quả đối với những phụ nữ hút thuốc, béo phì và thiếu luyện tập thể dục. Thay đổi lối sống trong lúc này có thể giúp giảm huyết áp và giảm nguy cơ mắc bệnh mạch vành.

Nếu người phụ nữ phải dùng trên 3 loại thuốc để khống chế tình trạng cao huyết áp thì bác sĩ điều trị có thể khuyên họ làm xét nghiệm để tìm nguyên nhân thứ phát của cao huyết áp. Thuốc điều trị cao huyết áp thứ phát cũng giống một vài loại thuốc được sử dụng trong cao huyết áp nguyên phát. Nếu như các bệnh cơ bản được chữa trị hiệu quả thì cao huyết áp đi kèm cũng sẽ biến mất.

Thuốc lợi tiểu

Đây là loại thuốc được nghiên cứu lâu nhất và tương đối rẻ tiền trong chữa trị cao huyết áp. Thuốc tác dụng theo cơ chế làm tăng bài xuất muối và nước ở thận; bằng cách này mà giảm được thể tích máu. Các tác dụng phụ thì tương đối ít, nói chung chỉ giới hạn trong việc tăng số lần đi tiểu, đôi khi xuất hiện mệt mỏi hoặc đau óc quay cuồng. Người dùng thuốc lợi tiểu thỉnh thoảng cần đi xét nghiệm để kiểm tra về mất cân bằng thành phần điện giải, đặc biệt là hạ kali thấp và xét nghiệm về mỡ trong máu.

Nhóm thuốc ức chế men chuyển

Các thuốc ức chế men chuyển angiotensin bao gồm captopril (Capoten), enalapril (Benalapril, Vasotec) và lisinopril (Zestril, Prinivil), tác dụng theo cơ chế gây cản trở sự sản xuất một loại protein gây co mạch máu. Nhóm thuốc ức chế men chuyển ít gây tác dụng phụ hơn một vài loại thuốc điều trị cao huyết áp khác và là một trong những lựa chọn điều trị hàng đầu đối với cao huyết áp. Các tác dụng phụ trong một vài trường hợp bao gồm ho khan và trong một số trường hợp hiếm là phản ứng dị ứng. Nhóm thuốc ức chế men chuyển thường là lựa chọn thích hợp cho các phụ nữ tiểu đường có cao huyết áp bởi vì nó không gây xáo trộn chuyển hóa carbohydrat và giúp bảo tồn chức năng thận. Không thể sử dụng những loại thuốc này trong thời kỳ mang thai bởi vì nó gây ra những khuyết tật bẩm sinh.

Thuốc chẹn beta

Propranolol (Inderal), metoprolol (Lopressor) và atenolol (Tenormin) là những loại thuốc kiểm soát cao huyết áp và ngăn chặn bệnh mạch vành rất tốt. Thuốc tác dụng theo cơ chế ngăn chặn sự tắc nghẽn mạch máu do co mạch. Hầu hết tất cả bệnh nhân nhận thấy rằng không có tác dụng phụ gì khi sử dụng thuốc chẹn beta, đặc biệt là loại “chọn lọc trên tim” mới như atenolol. Một số tác dụng phụ có thể gặp là mạch chậm, mệt mỏi, choáng váng, tiêu chảy, đầu ngón tay, ngón chân lạnh hoặc đau nhói và khô miệng, mắt, da. Có thể mất ngủ, ảo giác, lo lắng, nhầm lẫn, trầm

cảm hay khó thở nhưng không thường xuyên. Những người bị hen nên thận trọng khi sử dụng thuốc chẹn beta.

Thuốc chẹn kênh canxi

Verapammil (Calan, Isoptin), diltiazem (Cardizem) và Nifedipin (Procardia, Adalat) làm giảm áp lực trong động mạch bằng cách ngăn chặn lượng canxi đi vào trong các mạch máu nhỏ. Nói chung, những thuốc này dung nạp tốt nhưng đôi khi có tác dụng phụ như là mệt và ít gặp hơn có thể kể đến là tim đập nhanh, chóng mặt, buồn nôn, táo bón và sưng bàn chân, cổ chân hoặc cẳng chân.

TĂNG CHOLESTEROL

Cholesterol là một chất không mùi, màu trắng và giống như bột được sản xuất ra từ gan và được sử dụng để tạo ra các thành phần cần thiết cho cơ thể như là màng tế bào và các hormon. Cholesterol là thành phần của tất cả các tế bào động vật và có trong hầu hết thức ăn có nguồn gốc động vật. Trong dòng máu (nơi vận chuyển cholesterol khắp cơ thể), cholesterol được bao bọc trong túi protein thành một phức hợp được gọi là lipoprotein với nhiều dạng. Dạng lipoprotein được quan tâm hàng đầu là lipoprotein có trọng lượng phân tử thấp (gọi là LDL, đôi khi được nói đến như là cholesterol “xấu”). Loại này có tỉ lệ phần trăm cholesterol cao so với protein và khi LDL trong máu cao thì các dòng tế bào thành trong động mạch sẽ tải LDL và cholesterol của LDL sẽ bám vào thành động mạch, bắt đầu quá trình xơ vữa động mạch.

Trong bệnh xơ vữa động mạch, mô sẹo và những mảng mỡ lắng đọng sẽ bám lên trên thành động mạch của toàn cơ thể (xem hình minh họa). Cuối cùng, một cục máu đông

được hình thành trên những vật cản này và làm nghẽn dòng máu chảy trong động mạch vốn đã hẹp. Nếu động mạch cung cấp máu cho tim bị nghẽn thì kết quả là đau ngực (kiểu đau thắt) và có thể xảy ra cơn đau tim.

Hàng loạt các nghiên cứu ở nam giới trung niên có mức LDL trong máu cao đã cho thấy sự gia tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim cũng như đột quỵ và các bệnh mạch máu khác. Họ cũng chứng minh rằng mức cholesterol LDL trong máu thấp sẽ giảm nguy cơ mắc bệnh (và chết vì bệnh) mạch vành (CAD). Liệu những kết luận này có giá trị tương tự hay không đối với những phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh còn đang được làm rõ vì với sự hiện diện của hormon estrogen thì dường như chuyển hóa cholesterol khác hẳn, một số cuộc khảo sát dài hạn hiện nay đang nhắm vào câu hỏi đó.

Những khảo sát sơ bộ cho thấy rằng có một vài khác biệt quan trọng giữa phụ nữ và nam giới về vấn đề cholesterol. Ví dụ, những phụ nữ có mức LDL cao trong máu thì dường như không phải là yếu tố dự đoán tốt nhất nguy cơ chết vì bệnh tim mạch và đột quỵ như là ở nam giới. Một thành phần khác cũng được đề cập đó là HDL (lipoprotein trọng lượng phân tử cao); phụ nữ có mức HDL cao hơn thì có vẻ ít mắc bệnh mạch vành hơn. Loại cholesterol "tốt" này chứa phần trăm protein cao so với cholesterol và được cho rằng nó lấy cholesterol ra khỏi tế bào và vận chuyển cholesterol ngược trở lại gan để sử dụng hoặc chuyển hóa.

Cũng có ý kiến sơ bộ cho rằng ở những phụ nữ có lượng triglycerid cao đồng thời mức HDL thấp thì có lẽ có nguy cơ mắc bệnh mạch vành (CAD) cao. Triglycerid là loại lipid khác trong máu (chất giống như mỡ) và được bao bọc trong loại lipoprotein thứ ba gọi là lipoprotein có trọng lượng phân tử rất thấp (VLDL). Ở phụ nữ, triglycerid dường như là yếu tố kém quan trọng hơn so với ý nghĩa nguy cơ của nó trên nam giới.

Ở hầu hết mọi người mức cholesterol trong máu tương đối hằng định không liên quan đến lượng cholesterol ăn vào nhiều hay ít, bởi vì cơ thể có cơ chế ức chế ngược (còn gọi là cơ chế phản hồi) làm chậm đi quá trình tổng hợp cholesterol trong gan nếu như hàm lượng cholesterol ăn vào cao. Nhưng với tỉ lệ 1/5 người có sự sai lệch trong điều hòa chuyển hóa cholesterol thì việc thay đổi lượng cholesterol trong chế độ ăn là thái độ bảo vệ hàng đầu để tránh mức LDL trong máu cao. Nhưng vì rất khó biết người nào có sự thiếu sót trong cơ chế chuyển hóa, do đó tất cả mọi người đều được Viện sức khỏe quốc gia khuyên rằng nên hạn chế lượng cholesterol trong chế độ ăn dưới 300 mg mỗi ngày.

Ngày nay tất cả mọi người đều biết đến mỡ và dầu hơn là cholesterol, là thành phần chính trong thức ăn có thể làm tăng cholesterol LDL lên đến mức nguy hiểm. Mỡ bão hòa từ mô động vật và từ một vài loại dầu thực vật đặc biệt kích thích sản xuất LDL so với HDL. Mặc dù chưa chắc chắn về ý nghĩa của cholesterol cao hay thấp ở phụ nữ

TỪ CHOLESTEROL ĐẾN BỆNH MẠCH VÀNH

MỨC LDL CAO

ĐỒNG MẠCH
BÌNH THƯỜNGTế bào mono
xâm nhậpLớp nền
đồng mạch

Cơ

MÀNG MỖ

Tiểu cầu

Tế bào mono

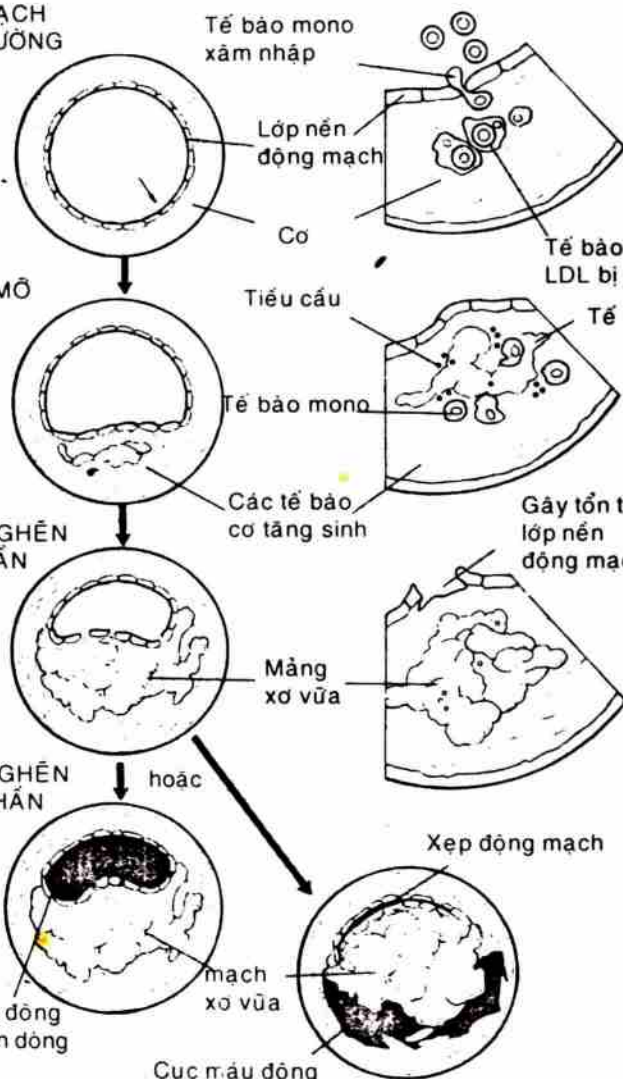
Tế bào mono tiêu thụ
LDL bị oxy hóa

Tế bào bọt

MẠCH NGHẼN
MỘT PHẦNCác tế bào
cơ tăng sinhGây tổn thương
lớp nền
đồng mạchMàng
 xơ vữaMẠCH NGHẼN
TOÀN PHẦN

hoặc

Xẹp động mạch

Cục máu đông
làm nghẽn dòng
máumạch
 xơ vữaCục máu đông
ổ thành mạch

XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH



Các tế bào khỏe mạnh ở thành động mạch bảo vệ động mạch không bị phá hoại của những chất có hại hiện diện trong máu. Khi mức LDL cao, những tế bào này vận chuyển LDL vào trong thành động mạch là nơi không còn được bảo vệ để tránh sự oxy hóa trong máu nữa và vì vậy nó sẽ oxy hóa.



Tế bào mono (là tế bào bạch cầu có nhiệm vụ tu sửa các mô bị tổn thương) tiêu thụ LDL độc hại hiện hữu và phình to lên trở thành tế bào bọt. Những tế bào này xuất hiện như là mảng mỡ bám trên thành động mạch. Đáp ứng lại với hiện tượng này, tế bào cơ sẽ tăng sinh làm thành động mạch dày hơn. Tiểu cầu (thành phần đông máu trong máu) tạo ra yếu tố tăng trưởng làm thành mạch dày lên và cuối cùng hình thành mảng xơ vữa động mạch.



Lâu dần, 10 năm - 20 năm sau tổn thương đi sâu vào lớp nền động mạch do bệnh cao huyết áp, do hơi độc trong khói thuốc lá hoặc những yếu tố khác gây sẹo, tích tụ các mảnh vỡ làm hẹp động mạch thêm nữa.



Sau cùng, cục máu đông có thể hình thành trên bề mặt của mảng xơ vữa hoặc máu có thể rò vào khoảng giữa thành mạch vành mảng xơ vữa khi có một trong hai sự kiện trên thì kết quả là đông máu và các động mạch sống còn bị tắc nghẽn đe dọa tính mạng.

(không đề cập đến những người lớn tuổi ở cả hai giới và trẻ em), nhưng do có một hồi chuông báo động về tình hình bệnh tim ở Hoa Kỳ nên chương trình giáo dục về cholestertol quốc gia (NCEP) của Viện sức khỏe quốc gia vẫn đề nghị rằng tất cả mọi người nên ăn ít mỡ và dầu.

Ngày càng nhiều các dữ kiện có giá trị hơn nữa sẽ giúp cải thiện chế độ ăn và những lời khuyến cáo về mức cholesterol trong máu của NCEP cho từng nhóm người chuyên biệt. Ví dụ, ở phụ nữ, estrogen được biết là hormon làm thay đổi sự chuyển hóa cholesterol và mỡ từ thức ăn tạo ra cholesterol và điều này giúp giải thích tại sao những người phụ nữ trong thời kỳ tiền mãn kinh (và những người trong thời kỳ sau mãn kinh có dùng estrogen thay thế) thì tương đối ít mắc bệnh động mạch vành dù cho họ ăn uống như thế nào đi nữa. Nhưng hiện nay, NCEP khuyến khích rằng phụ nữ và nam giới ở mọi lứa tuổi nên gắng giữ lượng cholesterol trong máu thấp và nếu cần nên tập thích ứng dần với chế độ ăn kiêng để đạt được mục đích nêu trên. Tránh thức ăn chiên xào, ăn thịt gia cầm nhưng không ăn da; ăn cá, nghêu, sò, ốc, hến, thịt nạc và sản phẩm sữa ít chất béo đồng thời ăn nhiều trái cây, rau quả, bánh mì, ngũ cốc và đậu rau là những bước đầu tiên thường được khuyến.

Đánh giá lượng cholesterol trong máu như thế nào ?

Hệ thống hướng dẫn để kiểm tra, sàng lọc tình trạng tăng cholesterol trong máu hiện nay của NCEP khuyến cáo

rằng tất cả người lớn trên 20 tuổi nên đi kiểm tra mức cholesterol toàn phần và HDL 5 năm một lần. Vì LDL chiếm tỉ lệ chủ yếu trong cholesterol toàn phần ở cả phụ nữ lẫn nam giới nên mức cholesterol toàn phần cao nói chung gần như đồng nghĩa với mức LDL cao. Nhiều bác sĩ đề nghị xét nghiệm kiểm tra ít nhất là hai lần để chắc chắn rằng hai kết quả phù hợp trước khi đưa ra kết luận cuối cùng. Điều này là vì xét nghiệm cholesterol không chính xác và đôi khi không có sự nhất quán của các nồng độ trong ngày và trong những phòng xét nghiệm khác nhau. Thông thường nếu lần xét nghiệm đầu tiên cho thấy mức cholesterol cao thì lần kiểm tra thứ hai được thực hiện sau 12 giờ nhịn đói. Nhìn chung kết quả chính xác hơn nếu như lấy máu xét nghiệm từ tĩnh mạch trên cánh tay và hoàn toàn trái ngược với lấy máu từ ngón tay.

NCEP cho rằng cholesterol toàn phần < 200 mg/ dL thì tốt, 200 - 239 mg/ dL là ranh giới có nguy cơ cao và trên 240 mg/ dL là có nguy cơ cao. Bất cứ người nào rơi vào loại ranh giới nguy cơ cao hay đang ở nguy cơ cao, cũng như những người được xếp vào loại có nguy cơ thấp nhưng có mức HDL dưới 35 mg/ dL, nên đi xét nghiệm phân tích lipoprotein một cách chi tiết để xác định mức LDL thực sự. Xét nghiệm chuyên biệt hơn này nên được thực hiện sau 9 - 12 giờ nhịn đói với hai lần đo cách nhau từ 1 - 8 tuần. Triglycerides cũng được đo cùng với lipoprotein. Nếu như mức triglycerid quá cao thì việc đo LDL coi như không chính

xác. NCEP khuyên rằng những xét nghiệm chuyên biệt này như là xét nghiệm sàng lọc ban đầu ở những người đã biết bị mắc bệnh mạch vành và những phụ nữ tiểu đường.

Đối với những người không có tiền sử bệnh mạch vành mà mức LDL dưới 130 mg/dL được coi là lý tưởng, 130 mg/dL đến 159 mg/dL được coi là đến ranh giới của nguy cơ cao và trên 160 mg/dL là có nguy cơ cao. NCEP khuyên nên thay đổi chế độ ăn ở những nhóm người có nguy cơ cao cũng như nhóm người đang ở ranh giới nguy cơ cao và đang có thêm hai hoặc nhiều yếu tố nguy cơ đối với bệnh mạch vành. Những trường hợp này có thể gồm những phụ nữ mãn kinh sớm, trên 55 tuổi và không dùng liệu pháp thay thế estrogen (ERT), có tiền sử gia đình bị bệnh mạch vành sớm, hút thuốc, cao huyết áp, béo phì hay tiểu đường (bệnh tiểu đường ở phụ nữ sẽ làm mất đi những cơ chế bảo vệ chống lại bệnh mạch vành mà họ vốn có và thật sự đặt họ vào trong nhóm người có nguy cơ cao nhất). Những người này cũng nên được khám thực thể toàn diện, xem xét lại tiền sử gia đình, làm các xét nghiệm để xác định xem có những bệnh khác đi kèm hay không (chẳng hạn bệnh di truyền, nhược giáp hoặc bệnh thận) có thể ẩn dưới mức lipid cao. Nếu có thì nên làm theo lời hướng dẫn về chế độ ăn uống của NCEP dù có áp dụng phương pháp điều trị nào đi nữa.

Đối với những người có tiền sử về bệnh mạch vành và những phụ nữ bị bệnh tiểu đường. NCEP khuyên nên bắt đầu liệu pháp ăn kiêng nếu mức LDL từ 100 đến 130 mg/dL và dùng thuốc nếu mức LDL là 130 mg/dL hoặc cao hơn.

Điều trị tăng cholesterol như thế nào ?

Phương pháp ăn kiêng:

Đối với những người có mức cholesterol toàn phần trong máu quá cao thì NCEP đề nghị nên có kế hoạch ăn kiêng theo hai bước. Bước thứ nhất, chế độ ăn nên chứa không quá 8 -10% calo từ các chất béo no, không quá từ 18 - 20% calo từ những chất béo khác và không quá 300 mg cholesterol mỗi ngày. Bước thứ hai, chế độ ăn hàng ngày nên chứa ít hơn 7% calo từ chất béo no và ít hơn 200 mg cholesterol. Đối với những người mà cố gắng loại bỏ hết các mảng bám trên thành động mạch thì được khuyến khích một chế độ ăn kiêng rất khắt khe bao gồm dưới 10% calo từ chất béo và 5 - 10 mg cholesterol mỗi ngày. Chế độ ăn kiêng này rất ít người có thể thực hiện được.

Những người có cân nặng cao thì được khuyên nên giảm cân, bởi vì điều đó không chỉ giảm mức LDL và triglycerid, mà còn giảm cao huyết áp là yếu tố nguy cơ khác nữa của bệnh động mạch vành. Kết hợp giảm cân với tập thể dục (và nấu thức ăn với dầu ô liu, chất béo đơn không no dường như có tác dụng hữu hiệu ngăn chặn nguy cơ bệnh mạch vành) và nói chung được cho là có hiệu quả giảm mức LDL và triglycerid và làm tăng HDL.

Ở phụ nữ, việc giảm ăn chất béo no và cholesterol có thể làm giảm mức HDL lẫn mức LDL mà HDL được coi là quan trọng trong việc bảo vệ người phụ nữ tránh nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Việc tập thể dục thường xuyên kết

hợp với ăn kiêng cho “trái tim khỏe mạnh”, dường như giúp giảm LDL và làm tăng mức HDL trở lại giống mức mà trước khi bắt đầu chế độ ăn kiêng và tập luyện. Mặc dù LDL thấp được coi là có ích đối với mọi người nhưng sự thật là ở phụ nữ mức HDL là yếu tố tiên đoán có ý nghĩa hơn đối với nguy cơ mắc bệnh mạch vành và điều này làm nảy sinh ra vấn đề là việc ăn kiêng làm giảm đồng thời cả HDL và LDL. Hiện nay vẫn còn chưa ngã ngũ, hầu hết bác sĩ khuyên rằng phụ nữ nên theo lời hướng dẫn của NCEP nhưng chú ý đặc biệt đến mức HDL.

Tuy nhiên, như những lời khuyến cáo về cholesterol, phụ nữ nên làm theo lời hướng dẫn về chế độ ăn uống với lượng muối ít thôi. Do hiện tại hiệu quả chính xác của việc kiêng chất béo lên mức cholesterol vẫn còn thay đổi liên tục. Khi có thông tin mới hơn được thu thập sẽ cho thấy rõ ràng lời khẳng định ban đầu về chuyện thức ăn tốt hay không tốt thì quá đơn giản. Tất cả những chất béo no thì không còn được coi là giống nhau nữa. Chẳng hạn có 3 trong 4 loại chất béo no được cho là làm tăng mức cholesterol toàn phần trong máu, còn loại có trong thịt bò và chocolate (gọi là acid stearic) thì bây giờ được xem như là trung tính. Tương tự như vậy, các chất béo đơn không no (những chất béo tìm thấy trong dầu ô liu) được xem là một sự lựa chọn tuyệt vời so với chất béo no, nhưng lại có một số chất béo đơn không no (có trong magarin và trong nhiều gói thức ăn nhẹ) thật sự làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở phụ nữ.

Mặc dù chất béo đa không no - như là các chất béo có trong dầu cá - có thể làm giảm khả năng máu vón cục và do vậy làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim và đột quỵ, nhưng các chất béo này cũng dễ dàng kết hợp với HDL và có thể làm cho LDL nhạy cảm hơn với quá trình oxy hóa - là quá trình thúc đẩy sự xơ vữa động mạch. Một vài nghiên cứu cho thấy rằng nguy cơ mắc bệnh ung thư do chế độ ăn chứa trên 10% chất béo đa không no tăng lên, trong khi đó những nghiên cứu khác lại cho thấy rằng các chất béo đa không no có thể làm giảm cả mức HDL lẫn LDL - và đây là điều không mong đợi. Hội tim mạch ở Mỹ thì khuyên nên giới hạn việc dùng các chất béo đa no đến 10% mà thôi.

Chỉ qua việc ăn kiêng mà đạt mức cholesterol trong máu lý tưởng thì đòi hỏi một sự nỗ lực đáng kể và thay đổi trong cách sống. Kết quả thu được ở mỗi người khác nhau nhưng một người bình thường làm theo những lời hướng dẫn của NCEP thì mức LDL sẽ giảm và lượng cholesterol cũng giảm từ 10% đến 15%. Điều đó có nghĩa là một người có lượng cholesterol toàn phần là 300 mg có thể mong đợi sẽ giảm xuống còn khoảng 260 mg chỉ qua việc ăn kiêng mà thôi. Và một người với mức cholesterol toàn phần là 220 mg có thể mong là giảm xuống còn khoảng 195 mg.

Thường thì dưới sự cố vấn về dinh dưỡng phải mất ít nhất 6 tháng để giảm mức LDL. Nếu như thất bại sau khoảng thời gian đó thì có lẽ phải dùng đến thuốc.

Điều trị dùng thuốc:

Bởi vì mức HDL thấp có thể là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh mạch vành ở phụ nữ do đó nhiều bác sĩ đã đề nghị điều trị bằng thuốc để giảm LDL và tăng HDL nếu như việc ăn kiêng không có kết quả. Hầu hết tất cả các thuốc chống cholesterol, trừ trường hợp ngoại lệ là niacin, đều làm giảm LDL nhưng không làm tăng HDL, đôi khi còn làm HDL giảm. Nếu không có tiền sử cholesterol cao trong gia đình hoặc yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành thì không nên coi thuốc như là lựa chọn trị liệu hàng đầu đối với những phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh. Thêm vào đó, vẫn chưa có sự thống nhất chung về việc điều trị tốt nhất cho những người phụ nữ có LDL bình thường, HDL thấp và mức triglycerid từ mức giới hạn đến cao. Hiện nay nhiều chuyên gia khuyên rằng những bệnh nhân đó nên cố gắng tăng cường hoạt động thể dục và nếu có thể thì nên giảm cân.

Có 5 loại thuốc làm giảm lượng cholesterol là các chuỗi acid mật (sequestrant), chất ức chế men 3-hydroxy-3-menthyglutaryl coenzym A (HMG CoA) reductase, acid nicotinic, các dẫn xuất của acid fibric và probucol.

Các chuỗi acid mật bao gồm cả cholestyramin (Questran) và colestipol (Colestid) thường được chỉ định cho những người có mức LDL cao. Thuốc có tác dụng làm giảm mức LDL và tăng nhẹ mức HDL. Các tác dụng phụ có thể có như táo bón, đau bụng, buồn nôn và phù.

Chất ức chế men 3 HMG CoA reductase (như là lovastatin và pravastatin, được bán trên thị trường với tên là Mevacor và Pravachol) cũng có tác dụng làm giảm mức LDL và tăng nhẹ mức HDL, nhưng đôi khi đi kèm với sự xuất hiện các tác dụng phụ khác bao gồm viêm gan và viêm cơ. Thuốc không được dùng cho những phụ nữ có thai hoặc những người phụ nữ nghi ngờ có thai bởi vì có nguy cơ xuất hiện dị tật ở thai nhi.

Những người có mức LDL và triglycerid cao và mức HDL thấp có thể được chỉ định dùng acid nicotinic (niacin) để làm giảm mức LDL, triglycerid và làm tăng HDL lên. Niacin là một loại vitamin có trong nhiều loại thức ăn nhưng đôi khi với liều điều trị có thể gây ra các tác dụng phụ như viêm gan, bệnh gút, tăng đường huyết, hình thành các vết loét, mất ngủ, một số bệnh về da, loạn nhịp tim (nhịp tim đập bất thường). Uống aspirin trước nửa giờ khi dùng niacin và dùng niacin trong bữa ăn sẽ làm giảm đi triệu chứng bừng mặt khó chịu.

Những loại thuốc khác, các dẫn xuất của acid fibric như là clofibrat (Atromid) và gemfibrozil (Lopid) làm giảm triglycerid, tăng HDL và/hoặc làm tăng hoặc làm giảm LDL. Tác dụng phụ có thể có như sỏi mật, viêm gan, LDL cao, giảm nhu cầu tinh dục, viêm cơ, rối loạn nhịp tim, tăng sự ngon miệng, đau bụng và buồn nôn.

Loại thuốc thứ 5 làm giảm lipid gồm probucol (Lorelco) nói chung được chỉ định cho những người có mức cholesterol

cao do di truyền. Bên cạnh việc làm giảm cả mức LDL và HDL, probucol còn có chức năng như một chất chống oxy hóa có hiệu quả giúp ngăn cản quá trình oxy hóa - là quá trình làm tăng LDL, thúc đẩy bệnh xơ vữa động mạch. Tác dụng phụ có thể gặp là nhịp tim thay đổi, HDL thấp, tiêu chảy, phù, buồn nôn, và đau bụng.

Bất kỳ loại thuốc nào làm giảm lipid đều có thể làm giảm mức cholesterol trong máu khoảng 30% trong vòng 6 tuần. Thêm vào đó, một số nhà nghiên cứu cho rằng các chất chống oxy hóa như là vitamin E, có thể được chứng minh là có ích trong việc ngăn cản quá trình hình thành dạng LDL oxy hóa. Bất kỳ người nào dùng thuốc giảm cholesterol đều nên đi kiểm tra mức lipid máu một cách thường xuyên.

Liệu pháp thay thế estrogen

Một loại thuốc nữa đặc biệt thích hợp đối với những người phụ nữ sau mãn kinh là thuốc thay thế estrogen. Phụ nữ dùng thuốc này có mức LDL thấp hơn và mức HDL tăng cao hơn và tỷ lệ mắc bệnh mạch vành thấp hơn những phụ nữ cùng tuổi không sử dụng loại thuốc này. Mặc dù liệu pháp thay thế estrogen có thể làm tăng nhẹ mức triglycerid, nhưng thường chỉ có vấn đề khi nào người phụ nữ đó có mức triglycerid cao bất thường trước khi bắt đầu dùng liệu pháp này.

Tất cả tác dụng trên mức cholesterol và triglycerid là do dùng estrogen qua đường miệng và chuyển hóa ở gan. Dạng

miếng dán cung cấp estrogen từ da vào thẳng trong dòng máu rõ ràng là không có ảnh hưởng lên mức lipid (xem liệu pháp thay thế estrogen).

Vấn đề có hay không có những hiệu ứng đáng kể ở những người phụ nữ có dùng phương pháp trị liệu phối hợp (cả estrogen và progesteron - hiện nay là dạng thông dụng nhất của liệu pháp thay thế hormon) vẫn còn được xem xét. Progesteron làm tăng mức LDL và giảm HDL nhưng cho tới bây giờ những dữ liệu có giá trị cho thấy rằng việc thêm progesteron vào không làm giảm một cách đáng kể của hiệu quả estrogen trên nguy cơ bệnh mạch vành ở người phụ nữ. Lời nhận định cuối cùng sẽ phải chờ cho đến khi kết quả được công bố từ các thử nghiệm ngẫu nhiên với quy mô lớn và đang chịu sự chỉ đạo của Viện quốc gia chăm sóc sức khỏe ban đầu cho phụ nữ.

BÉO PHÌ

Béo phì là lượng mỡ trong cơ thể vượt quá mức. Trước đây, một người phụ nữ được coi là béo phì khi cân nặng cao hơn mức cân nặng lý tưởng của người đó ít nhất là 20%. Tuy nhiên, hoàn toàn có khả năng là một người có trọng lượng vượt quá trọng lượng lý tưởng của cơ thể mà lượng mỡ trong cơ thể không vượt quá mức bởi vì cân nặng chủ yếu là của xương và cơ. Nhưng nhìn chung, người có cân nặng quá mức thường có khuynh hướng béo phì. Điều đó giải thích tại sao hai ngôn từ này đôi khi có thể thay thế cho nhau.

Ở Mỹ 27% phụ nữ và 24% nam giới ở tuổi từ 20 đến 74 có cân nặng vượt quá cân nặng mà họ nên có theo biểu đồ chuẩn về cân nặng - chiều cao (xem phần kiểm soát trọng lượng). Nhưng khoảng 40% phụ nữ Mỹ lại khẳng định rằng họ đang ăn kiêng và tích cực tham gia vào một số chương trình kiểm soát trọng lượng cơ thể. Nhưng những nghiên cứu nối tiếp nhau đã cho thấy rằng dường như đa số họ sẽ nản lòng làm giảm cân trong suốt chặng đường dài như thế.

Ai có khuynh hướng bị béo phì ?

Béo phì xảy ra khi một người đưa vào nhiều năng lượng (dưới dạng thức ăn) hơn mức năng lượng mà người đó sử dụng (bằng cách đốt cháy năng lượng trong các hoạt động thể chất). Năng lượng dư thừa đó được dự trữ dưới dạng mỡ nhưng tại sao một số người có khuynh hướng rơi vào sự mất cân bằng vẫn còn chưa hiểu rõ. Ăn quá nhiều thì dĩ nhiên gây ra béo phì nhưng một số người có thể ăn bất kỳ thứ gì mà trọng lượng vẫn bình thường, còn những người khác thì lên cân mặc dù chế độ ăn rất ít năng lượng.

Di truyền rõ ràng đóng một vai trò trong béo phì, nếu vợ hoặc chồng bị béo phì thì khả năng con sinh ra bị béo phì là 40%, và nếu như cả bố lẫn mẹ đều béo phì thì nguy cơ béo phì của mỗi đứa con lên đến 80%. Những đứa trẻ hay thanh niên có cân nặng quá mức thì khả năng trở thành những người trưởng thành béo phì nhiều hơn những người khác. Cả hai yếu tố di truyền và văn hóa cũng được đề cập đến để giải thích tỷ lệ béo phì cao ở phụ nữ châu Phi. Họ dường như không bận tâm đến chuyện làm gầy đi như nhiều phụ nữ da trắng. Chẳng hạn, trong một cuộc điều tra gần đây 64% những thiếu nữ da đen nói rằng quá cân một chút thì tốt hơn là hụt cân đi. Ngược lại, phần lớn thiếu nữ da trắng khẳng định rằng thà rằng họ chết còn hơn là mập.

Cả nam giới lẫn nữ giới đều có khả năng trở nên quá cân khi về già. Đối với nam giới, đỉnh cao ở tuổi 45 đến 54 còn ở phụ nữ đỉnh cao ở tuổi 65 đến 74. Ở tuổi này, họ thường ngồi nhiều, ít hoặc không có khả năng tập thể dục điều độ.

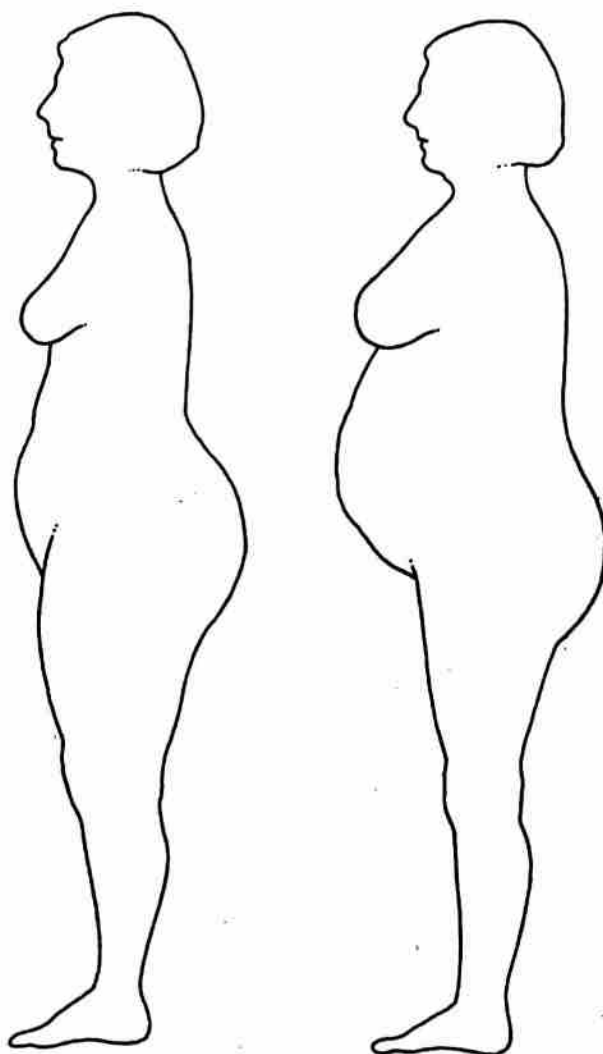
Làm cách nào để đánh giá tình trạng béo phì ?

Những năm gần đây việc định lượng mỡ trong cơ thể kết hợp với cân nặng đã bắt đầu được sử dụng trong việc đánh giá béo phì. Một trong những phương pháp này là tính chỉ số khối lượng cơ thể (body mass index - BMI), chỉ số này dùng để chỉ cân nặng cơ hoặc xương so với mỡ là bao nhiêu. Nó được tính toán bằng cách nhân trọng lượng (tính bằng pound) lên 700 lần và sau đó tất cả chia cho bình phương chiều cao (tính bằng inch). Điều đó có nghĩa là một phụ nữ có cân nặng 125 pound và cao 65 inch thì chỉ số BMI = $(125 \times 700) / (65 \times 65)$ bằng khoảng 21. Chỉ số BMI cao hơn 25 thì cần được quan tâm đến. Vì thế một phụ nữ cao 65 inch với cân nặng 170 pound có chỉ số BMI = $(170 \times 700) / (65 \times 65)$ hoặc khoảng 28 thì được xem là béo phì theo cách tính trên.

Một phương pháp khác để đánh giá béo phì hữu hiệu là tính tỷ lệ eo trên hông, được tính bằng cách đo vòng eo nhỏ nhất (trong lúc đói) và sau đó đem số này chia cho số đo vòng hông to nhất. Tỷ lệ eo trên hông mà cao hơn 0,8 ở phụ nữ tuổi từ 45 đến 59 có nghĩa là gia tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường, cao huyết áp, bệnh về túi mật.

Để xác định các nguyên nhân và hậu quả ở một bệnh nhân béo phì, bác sĩ thường đặt các câu hỏi xem bệnh nhân có bất kỳ bệnh nội khoa nào không, cũng như thói quen ăn uống và các hoạt động thể chất? Thông thường các xét nghiệm sinh hóa và chuyển hóa được thực hiện để kiểm tra các vấn đề sinh lý và đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát.

TỶ LỆ EO TRÊN MÔNG



Không có yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim, tiểu đường và các bệnh khác

Yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim, tiểu đường và một số bệnh khác

Hai bệnh tiểu đường và cao huyết áp đều liên quan đến gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành, béo phì cũng có liên quan đến bệnh thoái hóa cột sống, ung thư nội mạc tử cung (bởi vì chất béo sản xuất ra estrogen, nếu sản xuất quá mức có thể kích thích tế bào phát triển bất thường), rối loạn kinh nguyệt, lông tóc mọc nhiều và khi mang thai nguy cơ nhiễm độc thai nghén tăng.

Điều trị béo phì như thế nào ?

Ăn kiêng và tập thể dục:

Ăn kiêng là một thú vui trong giới phụ nữ, một phần là bởi vì hầu hết những người ăn kiêng đều tăng cân trở lại và phải tiếp tục theo một chế độ ăn kiêng khác nữa. Thậm chí có nhiều người cuối cùng tăng cân hơn cả so với lúc ban đầu. Nhưng những người mà thật sự cần giảm cân thì không nên nản lòng. Thực tế là nhiều người béo phì đã giảm cân bằng cách tập trung vào mục tiêu giảm cân thực sự và các thói quen (hành vi) lành mạnh. Mục tiêu đề ra là cải thiện hoặc làm giảm bớt các triệu chứng và nguy cơ béo phì hơn là phấn đấu sẽ đạt được cân nặng lý tưởng nào đó.

Phương pháp giảm cân thay đổi tùy theo mỗi cá nhân,, tùy thuộc vào tiền sử, mức quan tâm và mục tiêu. Một lý do tại sao nhiều cố gắng điều trị béo phì lại thất bại là do nhiều người cho rằng nguyên nhân gây ra béo phì đều giống nhau và do đó có thể điều trị giống như nhau. Điều trị thành công một phụ nữ béo phì có thể là làm giảm cân nặng, hoặc

chỉ thành lập khẩu hiệu Yo - Yo và giảm cân một chút hoặc ngưng tăng cân cũng được coi như đã thành công. Đặt ra mục tiêu cân nặng lý tưởng đôi khi không thích hợp đối với thể trạng thực tế của người phụ nữ hoặc là đề ra mục đích giảm cân quá mức đến nỗi đạt được và duy trì nó là một điều quá khó khăn. Đó là những lý do chính tại sao hầu hết các chương trình giảm cân đều thất bại.

Bất kỳ ai quan tâm đến chuyện giảm cân (xem phần kiểm soát trọng lượng) thì phải hiểu rằng béo phì là một bệnh mãn tính. Do đó, duy trì việc giảm cân - thường là khó khăn - cũng quan trọng như là việc làm giảm cân xuống trong thời gian đầu. Hầu hết cân nặng sẽ tăng lại như cũ trừ khi người phụ nữ thay đổi chế độ ăn và tập thể dục.

Thuốc:

Vào năm 1996, Cục quản lý thực dược phẩm (FDA) đã chứng minh rằng dexfenfluramin (Redux) kiểm soát được béo phì trong thời gian dài - loại thuốc giảm cân đầu tiên được FDA công nhận trên 20 năm qua. Trong cùng thời gian, nhiều tiểu bang đã nới lỏng luật lệ cho phép các bác sĩ kê đơn thuốc phentermin (Ioamon) và DL-fenfluramin (Pondimin) dùng để giảm cân. Đối với một vài phụ nữ phương pháp trị liệu bằng thuốc có thể được xem là cuộc cách mạng để giải quyết vấn đề béo phì này.

Phương pháp điều trị béo phì bằng thuốc không phải là một viên đạn vô hình. Tuy nhiên, nó có tác dụng rất khiêm

tổn trong việc làm giảm cân (2-5kg và đây là con số có thể đạt được chỉ bằng cách ăn kiêng và tập thể dục). Bởi vì những loại thuốc này có tác dụng đơn giản chỉ là làm giảm sự thèm muốn carbohydrat, và thường thì sẽ tăng cân trở lại ngay sau khi ngưng dùng thuốc và đòi hỏi phải sử dụng trong vài năm. Hơn nữa sự an toàn của việc dùng kéo dài các thuốc giảm cân chưa được biết rõ.

Hai loại thuốc hiện nay đang được sử dụng dexfenfluramin (bán trên thị trường dưới tên Redux) và loại hỗn hợp gồm fenfluramin với phentermin (được biết đến rộng rãi với tên fenphen và được sử dụng khá đại trà). Mặc dù hiệu quả của hai loại thuốc này tương tự nhau nhưng Redux do không sử dụng dưới dạng đại trà nên đắt hơn (khoảng 2 đôla Mỹ mỗi ngày). Redux đã được FDA chấp nhận sử dụng hơn 1 năm nay và chỉ dùng cho những người mà trọng lượng của họ có nguy cơ đến về sức khỏe rõ rệt. Phức hợp fenphen được FDA đồng ý cho sử dụng trong 3 - 6 tháng.

Tuy nhiên, rõ ràng rằng một vài bác sĩ vô lương tâm và các trung tâm làm giảm cân đã kê toa thuốc cho cả những người chỉ tăng cân nhẹ và vài trường hợp đáng tiếc dẫn đến tình trạng nghiêm trọng hiếm gặp nhưng đe dọa đến tính mạng là tăng áp phổi, nguy cơ xảy ra khoảng từ 1 đến 18 người trong 1 triệu người sau 3 tháng sử dụng thuốc. Khi đặt nguy cơ này vào thực trạng, các hãng thuốc ước tính cho mỗi tử vong do tăng áp phổi thì có 28 mạng người có thể đã được cứu sống bằng cách giảm nguy cơ tử vong do những biến chứng có liên quan đến béo phì.

Để xác định xem trị liệu bằng thuốc có phù hợp với từng phụ nữ hay không thì bác sĩ nên xem xét đến tiền sử giảm cân, sự hiện hữu của các bệnh nội khoa và trở nên nghiêm trọng hơn khi béo phì (như là cao huyết áp, viêm khớp, bệnh tim hoặc tiểu đường) và mức độ quá cân của họ như thế nào. Điều trị bằng thuốc có thể thích hợp nếu như chỉ số BMI của họ lớn hơn 30 (khoảng 30% trên cân nặng mong muốn) hoặc khi có các yếu tố nguy cơ khác và BMI lớn hơn 27% (khoảng 20% trên cân nặng mong muốn). Phụ nữ mang thai, đang cho con bú hoặc đang dùng thuốc chống trầm cảm (như nhóm ức chế IMAO hay SSRI) thì không được dùng các thuốc giảm cân này.

Sau khi cân nhắc tất cả yếu tố lợi và hại, nếu như người phụ nữ và bác sĩ điều trị lựa chọn phương pháp dùng thuốc để chữa béo phì thì điều quan trọng là bác sĩ của họ cần theo dõi thường xuyên đáp ứng của họ đối với thuốc và các tác dụng phụ của thuốc như tiêu chảy, khô miệng, hay lơ mơ do fenfluramin; bồn chồn, nhức đầu và huyết áp tăng do phentermin. Tác dụng phụ đôi khi có thể giảm bằng cách điều chỉnh liều.

Phẫu thuật

Trên thực tế nếu như người phụ nữ phải giảm cơ 45 kg trở lên thì phương pháp cuối cùng đó là phẫu thuật. Hai phương pháp thường được thực hiện nhất nhằm vào mục đích làm cho không thể ăn vào một lượng lớn thức ăn bằng cách rút ngắn thời gian thức ăn đi từ dạ dày xuống ruột non.

Phương pháp lâu đời và nguy hiểm hơn cả là phương pháp nối tắt dạ dày. Phần lớn dạ dày bị đóng lại và được nối vào ruột non. Phương pháp thứ hai là tạo hình dạ dày, hiệu quả kém hơn nhưng ít biến chứng hơn. Ở đây, các nhà phẫu thuật tạo ra một lối đi thẳng từ dạ dày xuống ruột non bằng cách đóng 1/3 trên của dạ dày bằng chỉ khâu.

Với 1 trong 2 phương pháp trên bệnh nhân có thể mong đợi giảm khoảng một nửa số cân tăng trong năm đầu, dù giảm cân chậm lại trong năm thứ hai và có thể có một số trường hợp tăng cân trở lại. Một vài bệnh nhân đã giảm hoàn toàn số cân thừa bằng phương pháp phẫu thuật. Các tác dụng phụ và biến chứng sau mổ có thể bao gồm buồn nôn, nôn và về lâu dài có thể bị suy dinh dưỡng (đặc biệt thiếu vitamin B₁₂, acid folic và chất sắt).

Những phụ nữ đã giảm cân bằng phương pháp phẫu thuật thì được khuyên rằng không nên mang thai cho đến khi cân nặng ổn định lại trong 1 hoặc 2 năm. Một khi có thai, họ cần được kiểm tra cẩn thận để chắc rằng họ có tăng cân và đủ các chất dinh dưỡng cho bào thai đang phát triển.

ĐỘT QUY

Đột quy là một trong những bệnh nặng có thể gây tử vong, xảy ra khi mà lượng máu cung cấp cho não bị phá vỡ. Mặc dù đột quy thường xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ sau tuổi 30, nhưng những phụ nữ bị đột quy thì nguy cơ tử vong lại gấp 2 lần. Điều đó có lẽ do phụ nữ thường sống thọ hơn và khuynh hướng đột quy ở độ tuổi cao hơn nam giới. Thêm vào đó, một vài tình trạng và bệnh chỉ có hoặc phổ biến ở nữ giới như mang thai và sa van hai lá có thể đưa đến tình trạng đột quy.

Đột quy được phân thành hai loại chính tùy theo nguyên nhân: nhồi máu não và xuất huyết não.

Nhồi máu não

Cũng tương tự như nhồi máu cơ tim, thì một số mô thần kinh của não bị chết do lượng máu cung cấp bị giảm nặng. Cũng giống như bệnh mạch vành, nhồi máu thường là hậu quả của xơ vữa động mạch, đây là tình trạng mà các động mạch bị bít lại do lắng đọng mỡ và mô sẹo, sau đó lớp mỡ

và mô sẹo lớn dần lên và trở nên cứng thành mảng vữa. Ở người bị xơ vữa động mạch, cục máu đông (huyết khối) có thể hình thành trong các mạch máu đã bị hẹp làm nghẹt dòng máu tới nuôi não, tình trạng này được gọi là huyết khối não (thrombus). Trong một vài trường hợp khác gọi là nghẽn mạch máu não (embolism) do mảng xơ vữa hoặc cục máu đông thoát ra khỏi tim hoặc mạch máu và di chuyển đến các động mạch làm tắc dòng máu đến nuôi não.

Xuất huyết não

Đột quỵ trong trường hợp này xảy ra khi máu động mạch chảy vào trong mô não hoặc xung quanh não, cuối cùng làm chết mô não. Ở phụ nữ, nhiều trường hợp đột quỵ xảy ra do phình mạch hình thành sau chấn thương đầu.

Ai có nguy cơ bị đột quỵ?

Nguy cơ đột quỵ tăng theo tuổi, ở tuổi trên 35 thì nguy cơ đột quỵ tăng lên gấp đôi trong mỗi 10 năm. Xơ vữa động mạch, cao huyết áp, tiểu đường và hút thuốc lá, đều làm gia tăng nguy cơ đột quỵ ở cả nam giới lẫn nữ giới.

Một số bệnh di truyền hoặc mắc phải có thể tăng khả năng hình thành huyết khối và sau đó gây ra đột quỵ. Những bệnh này bao gồm cả ung thư, bất động trên giường, một số bệnh máu, và sự hiện diện của kháng thể trong máu có thể gặp ở những phụ nữ bị lupus và bệnh về máu. Thêm vào đó, những người mà lượng máu cung cấp cho

não tạm thời bị thiếu (được gọi là thiếu máu não thoáng qua) do hẹp các động mạch nhỏ trong tuần hoàn não hoặc hẹp các động mạch lớn hơn như mạch cảnh ở cổ có nguy cơ dẫn đến đột quỵ.

Một số bệnh tim, chẳng hạn như nhồi máu cơ tim mới mắc, biến dạng van tim hoặc rối loạn nhịp tim (như rung nhĩ, xem hình minh họa) đều có liên quan với đột quỵ do nghẽn mạch. Ở những phụ nữ trẻ bị sa van hai lá (bệnh này ở phụ nữ nhiều gấp 3 lần ở nam giới) thì nguy cơ đột quỵ tăng gấp 4 lần, nhưng khả năng bị đột quỵ ở phụ nữ trẻ vẫn còn rất thấp nên dù nguy cơ có tăng gấp 4 lần thì nguy cơ thực sự vẫn hoàn toàn thấp. Mức cholesterol cao một cách bất thường, béo phì, và đau nửa đầu đều có liên quan đến đột quỵ nhưng cần làm thêm nhiều nghiên cứu nữa trước khi mối liên quan này được thiết lập rõ ràng.

Đột quỵ do xuất huyết não là một biến chứng hiếm thấy ở những người đang mang thai nhưng đó là nguyên nhân xếp hàng đầu gây tử vong trong thai kỳ (cũng hiếm). Phụ nữ mang thai thường tăng khả năng đông máu và có thể làm hình thành các cục máu đông hoặc nghẽn mạch trong 3 tháng cuối thai kỳ. Sự gia tăng lưu lượng tim và thể tích máu trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ có thể dẫn đến vỡ những chỗ phình động mạch đã có từ trước. Những người bị sản giật lại càng hiếm khi dẫn đến đột quỵ hơn bởi vì có lẽ trong quá trình sinh đã mất đi lượng máu đáng kể.

Trái với những gì người ta tin trước đây, hiện nay không có bằng chứng thuyết phục nào nói lên được rằng uống thuốc ngừa thai làm gia tăng nguy cơ đột quỵ ở phụ nữ. Mặc dù vậy, nhiều bác sĩ khuyên rằng những phụ nữ hút thuốc, lạm dụng các chất như cocaine hoặc amphetamin hoặc tiền sử có các cục máu đông thì nên sử dụng viên thuốc tránh thai một cách thận trọng.

Các triệu chứng của đột quỵ

Triệu chứng của đột quỵ cũng như tác hại lâu dài của nó phụ thuộc vào vị trí và diện tích vùng não bị tổn thương. Triệu chứng thường gặp là đột nhiên mất ý thức, choáng váng, lú lẫn hoặc giảm thị lực một cách nhanh chóng (bao gồm cả nhìn đôi), giảm khả năng nói và rối loạn cảm giác. Một hoặc nhiều chi hay một phần nào đó trên mặt (thường là một bên cơ thể) trở nên yếu một cách nhanh chóng hoặc liệt hẳn. Người bệnh cũng có cảm giác nhức đầu, nôn hoặc khó nuốt. Triệu chứng trên kéo dài ít nhất là 24 giờ nhưng mức độ có thể dao động trong 1 hoặc 2 ngày đầu. Sau đó cơn đột quỵ được coi như là “đã xong”. Các triệu chứng đột quỵ ở phụ nữ mang thai thường là nhức đầu dữ dội, buồn nôn, nôn, ngủ lịm, co giật hoặc giảm thị lực.

Đánh giá tình trạng đột quỵ như thế nào ?

Nếu như nghi ngờ đột quỵ thì điều đầu tiên các bác sĩ cần làm là khám hệ thần kinh một cách chi tiết và làm các xét

nghiệm máu để phân biệt với nhiễm trùng (có thể điều trị bằng kháng sinh), khối u, xơ cứng rải rác, tăng đường huyết, hạ đường huyết, động kinh, lú lẫn đột ngột do thuốc hoặc một số bệnh chuyển hoá khác.

Nếu như khẳng định rằng người phụ nữ đó đang trong cơn đột quy thì việc điều trị còn tùy thuộc vào loại đột quy và vị trí tổn thương. Thường thì chụp CT vùng đầu để xem có xuất huyết hay không. Nếu như làm CT vẫn không thấy máu thì đột quy có lẽ là do nhồi máu và các xét nghiệm như siêu âm tim (sử dụng các sóng phản hồi để tạo nên hình ảnh của tim), điện tâm đồ (ECG) (sử dụng các nút điện cực gắn lên trên người để theo dõi nhịp tim), siêu âm động mạch cảnh (đây là động mạch cung cấp máu lên não) và cấy máu để giúp phát hiện bệnh tim mà có thể là bệnh tim này gây hậu quả nghẽn mạch. Hút dịch não tủy ở đuôi tủy để phân tích thường giúp bác sĩ đánh giá được tình trạng bệnh nhân

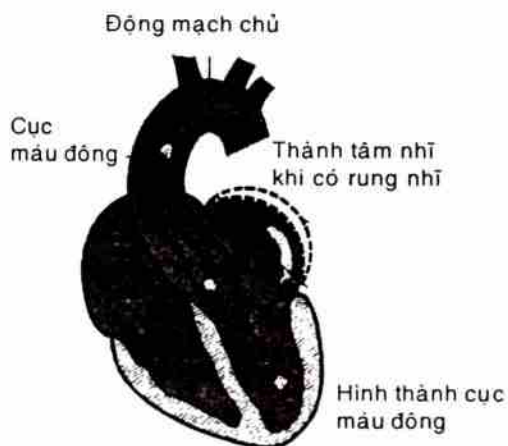
Chụp cộng hưởng từ (MRI) có thể được làm để tìm những bất thường trong mạch máu. Ở các trung tâm y tế lớn, còn dùng các kỹ thuật phóng xạ mới để xem dòng máu chảy trong não. Các kỹ thuật này bao gồm cả chụp cắt lớp điện toán phát xạ đơn photon (Single Photon Emission Computed Tomography - SPECT) và chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography Scans - PET) .

Nếu như một phụ nữ có thai bị đột quy thì điều đầu tiên bác sĩ cần tìm xem liệu đó có phải là hậu quả của một tình trạng nào đó không liên quan gì đến mang thai hay không

CÁCH TIM CÓ THỂ GÂY TỔN THƯƠNG NÃO



Khi có rung nhĩ, cơ tim rung với tần số nhanh hơn là cơ bóp lúc tim khỏe mạnh bình thường. Máu tích tụ dọc theo thành của nhĩ trái, cuối cùng hình thành cục máu đông và khi bung ra sẽ di chuyển trong động mạch chủ. Nếu như cục máu đông này kẹt ở động mạch trong não thì có thể cản trở dòng máu chảy và gây ra đột quỵ



và được đánh giá qua MRI hoặc chụp cắt lớp điện toán. Nếu cần thiết thì chụp mạch máu có cản quang trong vòng từ 1 đến 3 giờ để xem tuần hoàn của các mạch máu trong não. Để bảo vệ phôi thai trong bụng tránh những tác hại của tia xạ thì nên che đậy vùng chậu.

Điều trị đột quỵ như thế nào?

Cách xử lý cấp cứu đối với một người đang trong cơn đột quỵ là gọi xe cấp cứu và cho bệnh nhân nằm xuống, những phần bị liệt thì không được cử động. Không được ăn uống gì, nếu có nôn nên nghiêng đầu sang một bên. Nếu như khó thở thì nên nâng đầu và vai lên. Nếu như ngừng thở hoàn toàn thì nên tiến hành hồi sức tim phổi (CPR). Trừ những trường hợp cơn đột quỵ nhẹ đã xảy ra trong vòng 1,2 ngày bệnh nhân bị yếu và choáng váng còn hầu hết những người bị đột quỵ thì cần được nhập viện. Cần phải chăm sóc tăng cường để bảo tồn những chức năng cơ bản của bệnh nhân.

Mặc dù không có thuốc nào có thể làm sống lại các mô thần kinh đã chết, nhưng một số thuốc có thể giúp ngăn cản tổn thương thêm nữa. Một vài bệnh nhân được thử nghiệm điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối (xem bệnh mạch vành). Đối với những phụ nữ bị đột quỵ không phải do xuất huyết não và không có cao huyết áp thì đơn giản chỉ cần uống 01 viên aspirin mỗi ngày cũng đủ để giảm nguy cơ xảy ra đột quỵ sau đó. Có lẽ là do aspirin ức chế tạo thành cục máu đông; nguyên nhân thường gặp gây ra đột quỵ là do cục máu đông

mắc kẹt tại động mạch đã bị tắc nghẽn một phần do mảng xơ vữa. Tuy nhiên, cho đến nay, các cuộc nghiên cứu tiến hành chủ yếu trên nam giới và có vài bằng chứng cho thấy rằng dùng aspirin liều cao ở nam giới có hiệu quả hơn là ở nữ giới.

Nếu như người phụ nữ sử dụng aspirin mà vẫn tiếp tục có các triệu chứng của đột quỵ hoặc không chịu nổi các tác dụng phụ của thuốc thì đôi khi nên chuyển sang dùng ticlopidin (Ticlid). Giống như aspirin, Ticlid ức chế khả năng đông máu. Tuy nhiên, một số ít phụ nữ khi sử dụng thuốc này thì số lượng bạch cầu giảm nặng, vì vậy, bất kỳ ai sử dụng thuốc này cần phải làm xét nghiệm đếm tế bào máu thường xuyên, ít nhất là khi bắt đầu điều trị.

Đôi khi, cần phải phẫu thuật để lấy máu xuất huyết ra khỏi mô não trong trường hợp cơn đột quỵ xuất huyết hoặc sửa chữa lại các phình mạch đã có trước đó.

Phụ nữ mang thai bị đột quỵ thường được điều trị bằng cách cho nghỉ ngơi trên giường, truyền dịch và dùng thuốc để ngăn chặn cơn co giật xảy ra và ngăn chặn tái lập cục máu đông. Khoảng 1/4 đột quỵ trong lúc mang thai dẫn đến tử vong; sự sống còn tùy thuộc nơi xảy ra đột quỵ và mức độ tổn thương. Nếu như vùng tổn thương được giới hạn thì có thể chỉ có ít ảnh hưởng lâu dài.

Liệu pháp rèn luyện thể chất, lao động hoặc ngôn ngữ thường rất cần thiết đối với người phụ nữ sau khi bị đột quỵ. Những chương trình này có thể giúp giáo huấn người bệnh và gia đình của họ biết về đột quỵ và dạy cách phòng

tránh các biến chứng thường gặp như co cứng các chi, loét do nằm liệt giường. Liệu pháp thể chất và ngôn ngữ có thể giúp “huấn luyện” những vùng khác trên vỏ não để thay thế chức năng cho những mô đã bị chết. Để đạt được hiệu quả cao hơn nữa, liệu pháp phục hồi chức năng nên được bắt đầu càng sớm càng tốt sau cơn đột quỵ.

Ngăn chặn đột quỵ bằng cách nào?

Ngăn chặn đột quỵ liên quan đến loại bỏ hoặc giảm yếu tố nguy cơ càng nhiều càng tốt. Tránh hút thuốc và giữ cho huyết áp bình thường là một việc làm có ý nghĩa nhất trong việc ngăn ngừa đột quỵ. Đối với phụ nữ có tiền sử bệnh tim, nguy cơ đột quỵ do nghẽn mạch có thể giảm khi dùng liệu pháp chống đông lâu dài. Điều này thường bao gồm cả việc dùng warfarin (Coumadin). Phụ nữ mà động mạch cảnh bị hẹp nhiều thì có thể giảm nguy cơ đột quỵ hoặc tái phát đột quỵ bằng cách phẫu thuật lấy các mảng xơ vữa. Tuy nhiên, một nghiên cứu có tầm cỡ gần đây cho thấy rằng phẫu thuật ở phụ nữ thì ít mang lại hiệu quả hơn so với nam giới. Các nhà nghiên cứu của Viện chuyên về bệnh thần kinh và đột quỵ quốc gia đang cố gắng tìm nguyên nhân tại sao.

Phụ nữ mang thai bị suy tim hoặc loạn nhịp tim nên được điều trị bằng cách nghỉ ngơi trên giường, dùng digoxin (thuốc trợ tim) và thuốc lợi tiểu để tăng lượng nước tiểu lên và giảm huyết áp. Thuốc chống đông cũng cần thiết. Thuốc chống đông ít có nguy hại đến phôi thai là heparin vì thuốc này không qua nhau thai.

NẮM QUYỀN KIỂM SOÁT

SỬ DỤNG RƯỢU

Trong những thập niên qua đã dấy lên một cuộc tranh luận đáng chú ý về việc liệu phụ nữ uống một lượng rượu trung bình có khỏe hơn những người không uống rượu hoặc nghiện rượu hay không. Mãi cho đến gần đây, từ các cuộc nghiên cứu trên nam giới người ta đã chứng minh được rằng uống hai cốc thức uống có chất cồn mỗi ngày thì giảm đáng kể nguy cơ tử vong do bít tắc các động mạch nuôi tim. Có lẽ do rượu làm tăng mức HDL lên và giảm sự hình thành các mảng xơ vữa trong các mạch máu (những khám phá này dần dần làm rõ thêm về chuyện “nghịch lý của người Pháp” có lẽ việc dùng rượu vang đỏ kèm với bữa ăn đã giải thích được tại sao người Pháp thường không có khuynh hướng bị bệnh tim mạch dù người Pháp dùng nhiều chất béo trong việc nấu nướng).

Hầu hết các bác sĩ lâm sàng ngần ngại mở rộng các cuộc khảo sát trên phụ nữ, một phần là bởi vì sự chuyển hóa rượu ở nữ hơi khác so với nam giới (càng nhiều rượu thì càng dễ tích tụ trong máu) và một phần nữa là bởi vì phụ nữ uống rượu có lẽ dễ mắc bệnh gan và ung thư vú.

Hiện tại cho thấy rằng uống rượu từ mức nhẹ đến trung bình quả thật giúp làm giảm tử vong do tất cả các nguyên nhân ở phụ nữ trên 50 tuổi. Một nghiên cứu dài 12 năm trên 86.000 y tá tuổi từ 34 đến 39 (đây cũng là một phần của cuộc nghiên cứu về sức khỏe y tá ở Havard) cho thấy rằng phụ nữ trên 50 tuổi mà dùng từ 1 đến 20 cốc rượu mỗi tuần thì nguy cơ tử vong, nhất là do bệnh tim mạch thấp hơn người không uống. Uống với mức nhiều hơn (nhiều hơn 20 cốc mỗi tuần) thì gia tăng nguy cơ tử vong do nhiều nguyên nhân khác đặc biệt là xơ gan và ung thư vú (1 cốc = 350 ml bia = 140 ml rượu = 43 ml rượu nồng độ 80 hoặc bằng 12g ethanol).

Những lợi ích lớn nhất ở phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh tim như phụ nữ béo phì, hút thuốc, mức cholesterol cao, cao huyết áp, tiểu đường hoặc tiền sử gia đình có bệnh tim. Phụ nữ nhóm tuổi từ 34 đến 39 uống rượu thì nguy cơ tử vong tính chung do tất cả các nguyên nhân hơi cao bất kể lượng uống vào là bao nhiêu, nhưng số tử vong thật sự trong nhóm này lại thấp.

Uống hay không uống rượu?

Một nghiên cứu lớn và khá thuyết phục không khuyến cáo rằng người không uống rượu bỗng nhiên uống một ít rượu thì sẽ giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Điều này chỉ có lợi đối với những phụ nữ trên 50 tuổi đã uống rượu trước khi cuộc nghiên cứu bắt đầu. Cũng giống như trong tất cả các cuộc

nghiên cứu loại này có thể tỷ lệ tử vong thấp hơn không phải do rượu mà do một vài yếu tố khác (chưa biết) xét trên những người phụ nữ uống một lượng trung bình trong cuộc sống của họ. Cách duy nhất để biết xem liệu rượu có cho sức khỏe hay không thì phải thực hiện một cuộc nghiên cứu tiền cứu trên một nhóm người không uống rượu bắt đầu uống với số lượng vừa phải và được so sánh cùng lúc với một nhóm tương tự nhưng kiêng không uống rượu. Những cuộc nghiên cứu như thế này dường như là bất khả thi.

Nếu như sự thật cho thấy từ cuộc nghiên cứu mang tính chất giới hạn này cho những phụ nữ dưới 50 tuổi và những phụ nữ không có yếu tố nguy cơ không thu được lợi ích gì trong việc uống rượu lượng trung bình và sự thật là uống rượu nhiều thì gia tăng nguy cơ tử vong thì chẳng có ý nghĩa gì đối với những người không uống rượu bắt đầu uống rượu vì lợi ích sức khỏe của họ. Nhưng đối với những phụ nữ mà đã uống rượu vừa phải thì hầu hết các chuyên gia đều tin rằng họ có thể tiếp tục uống với ý thức tốt.

CHẾ ĐỘ ĂN

Phụ nữ có khuynh hướng mắc một số bệnh tim mạch thường là bất nguồn hoặc nặng hơn từ chế độ ăn như bệnh mạch vành, tiểu đường và cao huyết áp.

Những ghi nhận thu thập gần đây đã nhấn mạnh về mối liên quan giữa sự hiện hữu hoặc loại bỏ một vài loại thức ăn trong chế độ ăn với khả năng mắc phải những bệnh vừa nêu trên. Chẳng hạn, loại và số lượng chất béo trong chế độ ăn có thể ảnh hưởng lên mức cholesterol trong máu và gắn liền với nguy cơ mắc bệnh mạch vành. Lượng chất béo ăn vào quá thấp trong quá trình sống thì gắn với nguy cơ cao bị đột quỵ do xuất huyết não, trái lại chế độ ăn có quá nhiều chất béo dường như tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch.

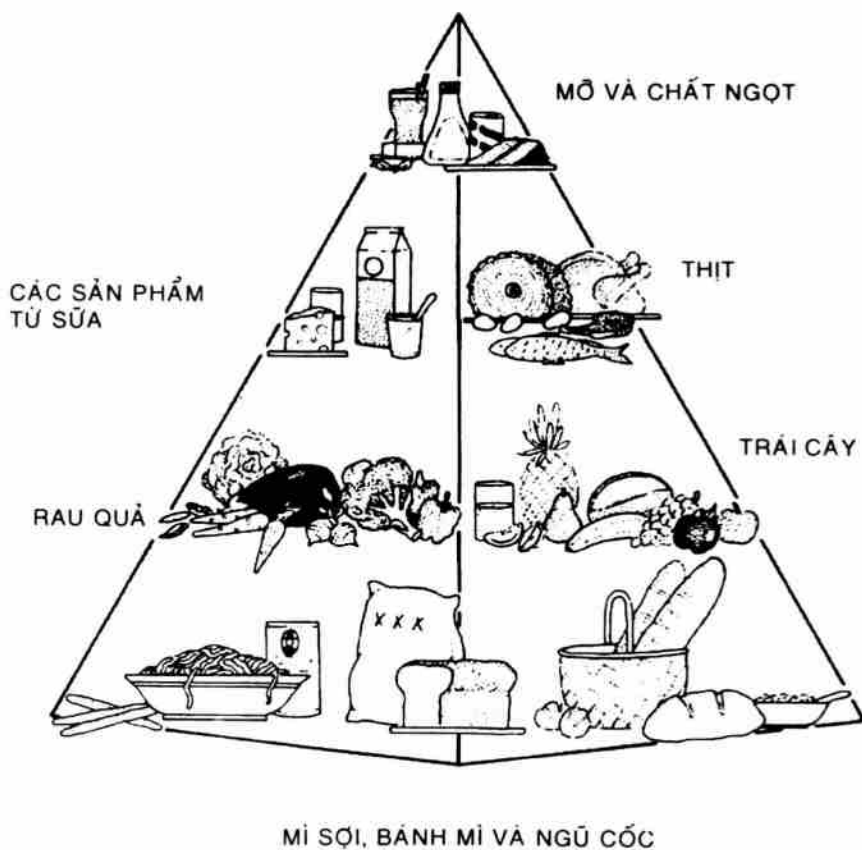
Ngay sau khi kết quả này được đưa ra sẽ là động cơ thúc đẩy đặc biệt những người đã có nguy cơ mắc một trong số những bệnh trên thay đổi thói quen ăn uống. Tuy nhiên, nhu cầu về dinh dưỡng được mời chào một cách quá độ trên các tạp chí phổ thông không phải luôn tỷ lệ với bằng

chứng mang tính khoa học được ủng hộ. Cho tới nay rất ít các nghiên cứu về dinh dưỡng được xem là có tính thuyết phục. Hầu hết chỉ cung cấp những thông tin mơ hồ về mối quan hệ phức tạp giữa các loại thức ăn và sức khỏe của con người. Hầu hết các nghiên cứu chỉ có thể hình thành được mối tương quan hơn là chứng minh được nguyên nhân và kết quả và không giải thích được rất nhiều điều được cho là đóng một vai trò nhất định trong sức khỏe con người và bệnh tật. Hơn nữa, các chất dinh dưỡng này tác động qua lại với những chất dinh dưỡng khác trong chế độ ăn nên khi ta tiêu thụ lượng lớn một loại thức ăn thì có thể làm giảm sự hấp thu của loại thức ăn khác hay có thể không có tác dụng nào khi lượng hấp thu vào không đủ 1/3.

Sự thật là ngành dinh dưỡng vẫn còn non nớt, điều này giúp giải thích tại sao môn dinh dưỡng trong một thời gian dài đã bị lãng quên tại các trường y khoa và các bác sĩ thì không xem đây là một phương tiện có thể ngăn chặn và điều trị được bệnh tật. Điều đó cũng giúp giải thích tại sao các cuộc tranh luận mang tính mâu thuẫn thường xuyên xuất hiện trên sách báo. Kết quả là một mặt thì một số người Mỹ nghi ngờ và họ tin rằng sự “đột phá” về dinh dưỡng không đáng để giới báo chí phải lên tiếng. Mặt khác, vì sự quan tâm của thông tin đại chúng đối với dinh dưỡng nên một số người rất háo hức chờ đợi những công bố chính xác mới nhất. Nếu coi như đây là một câu hỏi dễ trả lời và tổng quát thì chúng ta nên ăn gì?

THÁP THỨC ĂN

Phân viện nông nghiệp Mỹ khuyến rằng chế độ ăn uống hàng ngày nên ít các loại thức ăn trên đỉnh tháp và nhiều các loại thức ăn ở đáy tháp.



Các chuyên gia về dinh dưỡng hiện nay khuyên bạn những gì?

Nhu cầu dinh dưỡng ở mỗi người khác nhau tùy thuộc vào tuổi, giới tính, hiện trạng sinh đẻ của người đó và nó cũng thay đổi từ người này đến người khác trong một nhóm, phụ thuộc vào tính di truyền và môi trường sống của người đó. Để cố gắng giúp đỡ mọi người thực hiện chế độ ăn uống điều độ theo phương diện dinh dưỡng học, vào năm 1992, Phân viện nông nghiệp ở Mỹ thay thế “4 nhóm thức ăn truyền thống” thành “tháp thức ăn” (xem hình), đây là lời hướng dẫn cho sự lựa chọn thức ăn hàng ngày. Mặc dù về cơ bản, nó dựa trên những cuộc nghiên cứu đã được đưa vào y văn, nhưng nó chỉ nói lên được một số ước đoán mang tính giáo dục và không ngoài sự chỉ trích. Tháp thức ăn bị lợi nhuận của ngành công nghiệp thịt và sản phẩm sữa ở Mỹ chi phối ngang bằng với kiến thức dinh dưỡng khách quan. Tháp thức ăn kiểu này bị chính quyền các quốc gia ở Địa Trung Hải bác bỏ, tại các nơi này tháp thức ăn của họ trông khác hẳn, có lẽ dầu ô liu sẽ được khuyến khích còn sữa và thịt thì hạn chế. Ngay cả thế, hầu hết các nhà dinh dưỡng tán thành tất cả mục đích của tháp thức ăn là làm tăng sự tiêu thụ của dân Mỹ đối với ngũ cốc, trái cây và rau quả.

Ăn gì để có được một trái tim khỏe mạnh?

Bởi vì bệnh tim đã giống lên một hồi chuông cảnh báo ở Mỹ và nhiều cuộc nghiên cứu về mối liên quan giữa mức cholesterol trong máu với bệnh mạch vành, nên nhóm giáo

dục về cholesterol quốc gia (NCEP) của Viện sức khỏe quốc gia khuyên rằng người dân Mỹ nên giảm lượng chất béo ăn vào (từ thịt, sản phẩm sữa và tất cả các loại dầu) xuống 30% hoặc ít hơn lượng calo toàn phần, giảm lượng chất béo bão hòa (từ thịt và từ vài loại dầu như dầu dừa) xuống dưới 10% calo toàn phần và giảm cholesterol trong thức ăn (từ trứng, tôm và các thực phẩm biển khác) xuống dưới 300 mg mỗi ngày. Hội tim mạch Mỹ nhận thấy rằng chất béo đa chưa bão hòa có thể làm giảm mức HDL (loại cholesterol “tốt”), nên cũng đã khuyên nên giảm xuống 10% calo. Chất béo đơn không bão hòa như là dầu ô liu thì nên duy trì 10% calo mỗi ngày từ chất béo và dầu vì một vài nghiên cứu cho rằng nó làm giảm nguy cơ mắc bệnh mạch vành.

Vì tất cả những lời khuyến cáo này rất hữu ích nên nó vẫn còn mở ra những lời giải thích khi đưa ra một chương trình ăn mỗi bữa cho từng cá nhân. Có nên giảm chất béo xuống 30% hoặc 20% trong chế độ ăn hay không? Có nên tránh hoàn toàn thịt nạc hay không? Liệu tiêu thụ nhiều hơn các sản phẩm sữa có tăng tiêu thụ chất béo hay không và có tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành hay không? Lý lẽ tán thành và chống lại đường tinh chế với các chất ngọt nhân tạo là gì? Về muối thì sao? Cần nên nhớ rằng không có một câu trả lời nào khó và chắc chắn đối với những câu hỏi này cả.

Những lời cảnh báo về chuyện cắt giảm calo chẳng hạn như giảm số lượng muối hay là giảm lượng chất béo bão hòa thì không nhất thiết là phải áp dụng đối với mọi phụ

nữ. Khuyến cáo rằng 2.100 calo mỗi ngày có thể hoàn toàn tốt cho phụ nữ, nhưng lại có thể dẫn đến tăng cân không mong muốn ở một số người. Nhưng với năng lượng này một phụ nữ năng động sẽ cảm thấy luôn luôn bị đói. Mặc dù việc cắt giảm lượng muối giúp làm giảm huyết áp đối với một số phụ nữ nhưng với nhiều người khác lại không có tác dụng. Và mặc dù mức cholesterol trong máu của vài phụ nữ thực sự giảm khi họ cắt giảm lượng cholesterol và chất béo bão hoà trong thức ăn nhưng có nhiều yếu tố khác lại bù đắp vào sự giảm này bằng cách tạo ra nhiều cholesterol hơn nữa trong gan. Mục tiêu ăn kiêng nói chung có chủ ý hoặc là có thể che chở cho một số đông dân số hoặc là thiết lập những lời hướng dẫn để bảo vệ những người đang cần nhất. Những mục tiêu này không nhất thiết phải áp dụng với mọi cá nhân.

Điều thật sự quan trọng nhất đối với từng phụ nữ là ý thức được những lời hướng dẫn về dinh dưỡng tổng quát và sau đó quyết tâm với hết khả năng của mình nếu như điều đó thật sự có ý nghĩa đối với họ, gia đình họ, cho tiền sử y học và lối sống cá nhân của họ. Nói chung, chẳng có mấy chứng cứ cho rằng việc nhồi nhét hoặc kiêng cử một loại thức ăn nào đó lại đủ để lấn át vượt qua nhiều yếu tố khác có ý nghĩa tiên đoán đối với sức khỏe và tuổi thọ của con người. Những yếu tố này bao gồm di truyền, tiền sử gia đình, môi trường sống và làm việc, cũng như rèn luyện và các hành vi có liên quan đến lối sống.

Mặc dù vậy, một vài loại chế độ ăn rõ ràng rất lành mạnh cho sức khỏe. Vấn đề thử thách là những quyết định hàng ngày phải đối mặt với những thông tin mâu thuẫn nhau. Điều này có thể thực hiện được bằng cách hướng tới việc ăn uống một cách cân bằng, đa dạng và thay đổi tùy thuộc vào nhu cầu của mỗi người. Chế độ ăn tốt cho sức khỏe là ít chất béo, lượng protein ở mức vừa phải và nhiều carbohydrat phức hợp cao, với lượng lớn rau cải, trái cây, ngũ cốc, ít sử dụng chất béo, dầu ăn và đường.

Sau tuổi trưởng thành, lượng calo ở phụ nữ giảm dần cho đến gần thời kỳ mãn kinh hầu hết phụ nữ chỉ cần khoảng 2/3 lượng calo mà họ cần lúc còn ở tuổi 20. Bởi vì sự sụt giảm mức estrogen trong cơ thể dường như làm cho người phụ nữ có khuynh hướng dễ mắc bệnh tim mạch, nên nhiều nhà dinh dưỡng gợi ý rằng phụ nữ sau khi mãn kinh hạn chế dùng chất béo, cholesterol và muối. Ngoài ra, những phụ nữ mắc bệnh tim, cao huyết áp hoặc tiểu đường nên được các bác sĩ của họ tham vấn việc thay đổi chế độ ăn kiêng chuyên biệt hơn. Do nhiều loại thuốc có thể gây cản trở việc hấp thu các chất dinh dưỡng, nên các bác sĩ cần tham vấn cho họ về bất kỳ sự bổ sung cần thiết nào.

Cà phê

Từ nhiều năm nay cà phê hoặc chất kích thích chứa trong cà phê là caffein đã bị nghi ngờ là nguyên nhân gây ra bệnh tim và hàng loạt các bệnh khác nữa. Cà phê làm

giảm căng thẳng đối với những người thích nhâm nhi thứ hỗn hợp kỳ lạ đó hoặc chỉ đơn giản bắt đầu một ngày với một tách cà phê và cà phê vẫn duy trì được kỷ lục tiêu thụ không chê vào đâu được dù bị phản đối kịch liệt.

Bằng chứng về mối liên quan giữa cà phê hoặc caffein đối với bệnh tim mạch vẫn còn chưa thuyết phục. Một vài nghiên cứu cho thấy rằng caffein ở liều lượng nhất định nào đó có thể gây một ít ảnh hưởng tới mức cholesterol máu hoặc gây tăng huyết áp tạm thời. Và một vài nghiên cứu cho biết rằng uống 3 - 4 tách cà phê một ngày có thể tăng nguy cơ đau tim - ít ra là đúng ở nam giới. Những nghiên cứu gây nhiều tranh luận bao gồm cả cà phê có caffein và không có caffein. Nhưng những nghiên cứu lớn tương tự khác đã cho ra kết luận rằng không có liên quan gì cả, cho đến bây giờ thì không có lý do gì để tin rằng uống cà phê ở lượng trung bình lại đặt người ta vào nguy cơ mắc bệnh động mạch vành.

Một số vấn đề sức khỏe mà nguyên nhân được xem là do dùng cà phê có lẽ là do những thói quen xấu khác thường thấy ở chính những người uống cà phê - chẳng hạn như hút thuốc lá, ít tập luyện thể dục hoặc chế độ ăn nhiều chất béo hay uống rượu.

Tuy nhiên, caffein là chất kích thích nhẹ có ảnh hưởng rõ ràng trên cơ thể con người. Nó có thể làm tăng mức adrenalin trong cơ thể và do đó có thể gây nên nhịp tim bất thường.

Cà phê có caffein không phải là chất gây kích thích duy nhất. Một số thức uống khác cũng như các loại thuốc điều trị mất ngủ, thuốc kiểm soát sự thèm ăn và nhức đầu đều là nguồn gây kích thích; mặc dù vậy, trong các loại thức uống, cà phê là chất kích thích phổ biến nhất.

Chất ngọt nhân tạo

Không có lý do gì để những người khỏe mạnh lại sợ các ảnh hưởng của một lượng đường trung bình trong chế độ ăn nhưng đường tăng thêm calo và đối với những người đang cố gắng giảm cân thì đường có thể góp phần gây béo phì. Đối với họ, cũng như đối với những người tiểu đường (bất thường trong chuyển hóa đường trong cơ thể), chất ngọt nhân tạo có lẽ là cách tốt để vẫn giữ được cảm giác ngọt khi ăn mà không ảnh hưởng đường huyết.

Chất ngọt nhân tạo được sử dụng nhiều ở Mỹ, đặc biệt là phụ nữ. Nó có trong các loại thức uống và đồ ăn kiêng nhẹ và nhiều nhà hàng trên các bàn ăn thường có các túi nhỏ chứa chất ngọt nhân tạo bên cạnh các túi đường bình thường. Tuy nhiên, rất ít các chứng minh cho thấy chất ngọt nhân tạo thực sự giúp người ta giảm cân. Chức năng chính của chất ngọt nhân tạo chỉ đơn giản cho phép chúng ta kiểm soát cân nặng của mình để hạn chế thức ăn và thức uống mà ta cần tránh. Mặt bất lợi của chất ngọt nhân tạo là những người ăn kiêng khi sử dụng chúng có thể hình thành một cảm giác an toàn sai lệch và không ăn món ăn khác nữa.

LIỆU PHÁP THAY THẾ ESTROGEN

Liệu pháp thay thế estrogen (Estrogen replacement therapy - ERT) là dùng hormon estrogen, thường thì dùng cùng với progestin, để thay thế cho lượng hormon không còn được buồng trứng sản xuất nữa. Trước đây, ERT (còn gọi là liệu pháp thay thế hormon hoặc HRT) được dùng ngắn hạn để giảm nhẹ các triệu chứng xuất hiện trong thời kỳ mãn kinh. Tuy nhiên, với xu hướng bây giờ thì ERT được dùng dài hạn với mục đích ngăn ngừa bệnh tim và loãng xương, là những bệnh dễ xuất hiện ở những phụ nữ sau khi mãn kinh.

Liệu pháp thay thế estrogen có khả năng làm giảm một cách đáng kể nguy cơ phát triển và tử vong do bệnh tim, đặc biệt là bệnh mạch vành ở phụ nữ. Một số nghiên cứu đưa ra kết luận rằng dùng estrogen sau mãn kinh có thể giảm tác động của một số yếu tố nguy cơ về tim mạch và cũng có thể thực sự làm hạ tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim. Một trong những nghiên cứu được đề cập đến nhiều

nhất là nghiên cứu sức khỏe các y tá do các nhà nghiên cứu ở Brigham và bệnh viện phụ nữ, trường y khoa ở Boston tiến hành trên 48.470 phụ nữ sau mãn kinh và được theo dõi trong 10 năm. Trong hai nhóm, nhóm dùng estrogen có tỷ lệ đau tim chỉ bằng 1/2 nhóm người không dùng estrogen.

Mặt bất lợi của hầu hết các nghiên cứu là phụ nữ dùng liệu pháp thay thế estrogen có lẽ là có mức sống cao hơn và có khuynh hướng chăm sóc sức khỏe tốt hơn, và những yếu tố này làm cho họ ít bị các cơn đau tim hơn dù dùng hay không dùng liệu pháp thay thế estrogen. Nghiên cứu lý tưởng là nhóm phụ nữ giống nhau được chọn một cách ngẫu nhiên dùng hoặc không dùng liệu pháp thay thế estrogen và được so sánh vài năm sau đó xem nhóm nào bị đau tim nhiều hơn. Trong nghiên cứu trên các y tá và các nghiên cứu tương tự, phụ nữ tự quyền lựa chọn dùng thuốc hay không và yếu tố không ngẫu nhiên này có lẽ sẽ làm sai lệch kết quả. Việc chăm sóc sức khỏe ban đầu cho phụ nữ được nhà nước tài trợ với quy mô lớn, mục đích để xác định người nào được hưởng quyền lợi từ phương pháp điều trị thay thế estrogen và dưới hình thức nào, nhưng dữ liệu về nghiên cứu này cho đến năm 2007 mới được công bố.

Đánh giá nguy cơ và lợi ích

Trong giới y học đều đồng tình rằng liệu pháp estrogen (đã có từ 10 - 20 năm qua) giúp kéo dài cuộc sống của đa số người phụ nữ, bởi vì phụ nữ bước sang tuổi 50 thì yếu tố nguy cơ và

chết do bệnh tim rất cao. Những người ủng hộ liệu pháp thay thế estrogen cho rằng giảm nguy cơ này dù có ít thôi cũng có tác động trở lại rất lớn trong việc cứu lấy mạng sống và giữ gìn chất lượng cuộc sống bất chấp các nguy cơ khác.

Sau tuổi 50, nguy cơ mắc bệnh mạch vành khoảng 45% và nguy cơ chết do bệnh tim thì khoảng 30%. Thêm vào đó, nguy cơ gãy xương do loãng xương (được gọi là gãy xương bệnh lý) khoảng 40%. Dùng estrogen dường như rõ ràng giảm những nguy cơ này và khi được kết hợp với progestin (xem phần sau) thì liệu pháp thay thế estrogen không làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung. Ngược lại liệu pháp thay thế estrogen lại làm tăng nguy cơ bị ung thư vú từ 10 đến 13%. Hầu hết các bác sĩ cảm thấy rằng liệu pháp thay thế estrogen làm tăng nhẹ nguy cơ sỏi túi mật thì ảnh hưởng không đáng kể đến sức khỏe và tuổi thọ của người phụ nữ. Tất cả những điều này làm cho liệu pháp thay thế estrogen có sức hấp dẫn đối với các phụ nữ bình thường.

Nhưng dường như không có ai là bình thường cả. Mỗi cá nhân đều có nguy cơ phát triển bệnh tim hoặc ung thư vú riêng dựa trên nền tảng sức khỏe và tiền sử gia đình, cũng như các yếu tố nguy cơ khác. Thêm vào đó, nhiều nhận định về sự thích hợp của liệu pháp thay thế estrogen dựa trên nguy cơ sức khỏe đối với những phụ nữ da trắng, do đó không nên áp dụng cho những phụ nữ thuộc các chủng tộc khác. Ngoài ra, một vài phụ nữ có thể thấy rằng họ không chịu đựng được tác dụng phụ khi sử dụng các dạng thay thế estrogen.

Vì tất cả những lý do này, mỗi phụ nữ phải xem xét hoàn cảnh cá nhân của mình (ở đây không đề cập đến cảm nghĩ cá nhân về chất lượng cuộc sống) và từ đó thảo luận những vấn đề này với bác sĩ trước khi quyết định điều trị thay thế estrogen.

Có những phụ nữ có thể không thích hợp điều trị thay thế estrogen. Những người này bao gồm những người bị ung thư vú hay ung thư tử cung hoặc đang mắc bệnh gan thể tiến triển. Những phụ nữ có tiền sử đột quỵ, đau tim và rối loạn tuần hoàn liên quan đến huyết khối cũng được khuyên tránh dùng liệu pháp này, nhưng hiện nay nhiều bác sĩ cảm thấy rằng liệu pháp này vẫn áp dụng được miễn là không liên quan đến nồng độ estrogen cao (chẳng hạn thời điểm đang dùng thuốc ngừa thai hoặc đang mang thai). Đối với những phụ nữ có nguy cơ cao mắc bệnh động mạch vành như là người hút thuốc, người bị cao huyết áp hoặc tiểu đường thì lợi ích của liệu pháp thay thế estrogen vượt trội so với những nguy cơ đó. Liều lượng thay thế estrogen rõ ràng có ảnh hưởng chút ít trên huyết áp và dường như nó an toàn ngay cả đối với những người cao huyết áp nhẹ. Phụ nữ có nguy cơ đột quỵ không nên lựa chọn liệu pháp này trong suốt cuộc đời của họ. Phụ nữ với mức triglycerid trong máu cao hoặc huyết áp quá cao nên cân nhắc giữa ưu và nhược điểm với bác sĩ. Những phụ nữ này cần được theo dõi sát hơn sau khi bắt đầu liệu pháp thay thế estrogen để chắc rằng nó không làm cho các bệnh cơ bản xấu thêm.

Đã có chứng minh về mối liên quan giữa estrogen và progestin với chứng đau nửa đầu, thêm vào đó một vài bằng chứng gián tiếp chỉ ra rằng hormon này có lẽ có vấn đề đối với người bị nhức đầu. Thậm chí trong khi một số phụ nữ nhận thấy rằng liệu pháp này làm chứng nhức đầu tồi tệ hơn thì nhiều người khác lại thấy rằng nó làm giảm nhức đầu hoặc không hề làm thay đổi gì cả. Chiến lược tốt nhất có lẽ là một cuộc thử nghiệm cá nhân nhỏ xoay quanh vấn đề là nếu như dùng hormon đó làm chứng nhức nửa đầu tệ hơn thì nên thay thế loại hormon khác (như giảm liều estrogen hoặc dán lên da) trước khi từ bỏ hoàn toàn ý định dùng liệu pháp thay thế estrogen.

Do estrogen dùng trong liệu pháp thay thế estrogen có hiệu lực kém hơn estrogen sử dụng trong thuốc ngừa thai 10 lần, nên các nguy cơ và ích lợi của việc dùng thuốc ngừa thay rõ ràng là không nên so với liệu pháp thay thế estrogen. Thực sự là một vài nguy cơ và biến chứng nặng hơn liên quan đến liệu pháp thay thế estrogen là do liều estrogen sử dụng quá cao so với liều thường được dùng hiện nay. Trước kia liều estrogen mỗi ngày cao khoảng 1,25 đến 2,5 mg, bây giờ liều tiêu chuẩn chỉ còn 0,625 mg. Liều như vậy mà dùng thường ngày dường như cũng tạo một hiệu quả bảo vệ giống như dùng liều cao, trong khi với liều cao có thể gây kích thích quá mức các mô ở vú và mô tử cung.

Cuối cùng, dù bất kỳ yếu tố nguy cơ cá nhân nào, tất cả phụ nữ sử dụng liệu pháp thay thế estrogen nên được khám

vùng chậu và vú hàng năm. Họ cũng nên chụp phim vú khi bắt đầu dùng liệu pháp này và sau đó là chụp kiểm tra hàng năm. Phụ nữ còn tử cung mà không dung nạp estrogen (chẳng hạn phụ nữ vì một lý do gì đó không chịu được tác dụng phụ của progestin) cần phải được sinh thiết nội mạc tử cung hàng năm để kiểm tra xem có sự thay đổi tiền ung thư hay không. Những phụ nữ này đôi khi có xuất huyết bất thường ở âm đạo bao gồm cả chảy máu (vào những ngày không dùng estrogen) và chảy máu bất thường không đúng chu kỳ - điều này là có thể nhưng không nhất thiết chỉ ra rằng nội mạc tử cung có vấn đề. Sinh thiết nội mạc tử cung thường kỳ nói chung không cần thiết đối với những phụ nữ sử dụng phối hợp estrogen và progestin trừ khi họ bị chảy máu ở âm đạo kéo dài, bất thường và số lượng nhiều (nhiều hơn so với chu kỳ kinh nguyệt bình thường).

Liệu pháp thay thế estrogen được sử dụng như thế nào?

Liệu pháp thay thế estrogen được dùng phổ biến nhất ở Mỹ gồm hỗn hợp nhiều dạng estrogen lấy từ nước tiểu của những phụ nữ có thai, và được gọi là estrogen kết hợp, chế phẩm này được bán trên thị trường với tên Premarin. Dạng estrogen tự nhiên (được sản xuất tại phòng thí nghiệm) không mạnh bằng loại estrogen kết hợp cũng đôi khi được sử dụng như estradiol (Estrace và Estraderm), estropipat (Ogen) và estrogen ester hóa (Estratad).

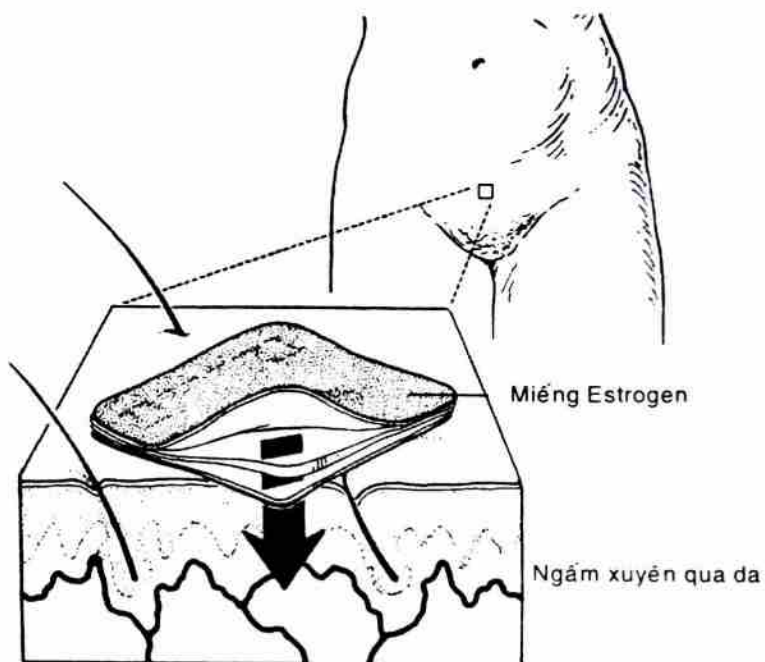
Kể từ năm 1970 các nhà nghiên cứu đã cho biết rằng

khi sử dụng một mình loại estrogen bổ sung thì gia tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung một cách đáng kể. Tuy nhiên nguy cơ này có thể giảm khi dùng estrogen phối hợp với progestin. Những hợp chất tổng hợp này có tính chất giống với hormon progesteron và hầu hết đều có thuộc tính androgen nhẹ (nam hóa). Trái ngược với progestin trong thuốc ngừa thai có khuynh hướng nam hóa mạnh, thì dạng progestin được sử dụng trong liệu pháp thay thế estrogen là medroxyprogesteron acetat (Provera hoặc Cycrin) lại ít ảnh hưởng mạnh.

Liệu pháp thay thế estrogen có thể được dùng dưới dạng viên hoặc thấm qua lớp da từ miếng dán (xem hình minh họa). Bởi vì hormon từ miếng dán (như là Estraderm) vào thẳng dòng máu nên không đi qua hệ thống tiêu hóa và không được chuyển hóa tại gan.

Các công ty thuốc đang gấp rút cải tiến các công thức estrogen và progestin mới, gồm cả dưới dạng kem dưỡng da và cấy ghép mô (đã được ứng dụng ở châu Âu) với hy vọng rằng sẽ an toàn hơn những dạng đang sử dụng hiện nay nhưng về hiệu quả, lợi ích cũng không tương tự như vậy.

MIẾNG DÁN DA



LUYỆN TẬP THỂ DỤC

Vào thế kỷ 19, nhiều bác sĩ cảnh báo rằng hoạt động thể dục gắng sức không làm mất đi nữ tính của người phụ nữ và khả năng sinh sản. Ngày nay, chúng ta biết rằng tập thể dục thường xuyên và khỏe mạnh về thể chất là quan trọng trong việc ngăn chặn bệnh mạch vành và tiểu đường, giảm căng thẳng (stress) và kiểm soát tăng cân và cao huyết áp.

Để bảo vệ quả tim, luyện tập làm tăng đáng kể nhịp tim và nhu cầu oxy giúp giảm nguy cơ mắc bệnh mạch vành và cao huyết áp bằng cách làm cho tim và phổi trở nên khỏe mạnh, mở rộng các mạch máu, tăng lượng oxy cung cấp cho các mô và tăng mức HDL. Luyện tập thể lực bao gồm chạy bộ, đi bộ nhanh, đạp xe đạp đường dài, leo núi, bơi lội và khiêu vũ.

Có rất nhiều cách khác nhau để kết hợp các hoạt động khác nhau thành thói quen hàng tuần cho mọi người. Những thói quen riêng biệt này có thể thay đổi tùy theo khả

năng, lối sống, sở thích cũng như độ tuổi và sức khỏe chung. Phụ nữ đừng quên rằng luyện tập thể dục là một phần nội dung của cuộc sống hàng ngày. Phụ nữ mà nghề nghiệp gắn liền với việc đi bộ nhiều hoặc lao động chân tay hoặc những bà mẹ trẻ thường hay phải chạy lên chạy xuống cầu thang, hút bụi sàn nhà hoặc trông trẻ con, chạy theo những bước đi của em bé thì hiển nhiên nhu cầu thể dục khác những phụ nữ lái xe đi làm, suốt ngày ngồi ở bàn giấy và thuê người dọn dẹp nhà cửa.

Tất cả những phụ nữ luyện tập thể dục nên bắt đầu từ từ và chỉ tăng dần tần số và thời gian tập. Hầu hết các nhà sinh lý học khuyến cáo rằng phụ nữ luôn hướng tới việc đạt đến khoảng 75% đến 85% nhịp tim đập tối đa trung bình đối với nhóm tuổi của họ trong khi luyện tập thể lực. Nhịp tim này có thể được tính bằng cách lấy 220 trừ cho số tuổi của người đó. Vì vậy, một phụ nữ 40 tuổi có nhịp tim tối đa trung bình 180 trong 1 phút (220 trừ đi 40) và nhịp tim có thể tăng đến đỉnh cao nhất là 75% hoặc 135 nhịp trong 1 phút. Những luyện tập thể dục ban đầu nên giữ ở mức 50 đến 60% nhịp tim cao trung bình trong khi luyện tập gắng sức.

Ở lứa tuổi thanh niên và những phụ nữ tiền mãn kinh khỏe mạnh, hầu hết các nhà sinh lý học khuyến khích một số dạng luyện tập thể dục nhịp điệu liên tục ít nhất trong 20 phút và khoảng 3 đến 5 lần một tuần. Để tập bài luyện tập này nên khởi động trước 5 phút và sau đó thư giãn khoảng 5 hoặc 10 phút bao gồm hít thở sâu, đi bộ hoặc duỗi

người ra thư giãn. Luyện tập nhịp điệu hàng ngày thì không hại gì cả nhưng lợi ích không cao hơn nhiều so với thói quen tập luyện từ 3 đến 5 lần một tuần.

Những phụ nữ có thai mà trước kia có tham gia bơi lội, chạy bộ, chơi tennis, khiêu vũ hoặc đi bộ nhanh thì có thể tiếp tục những hoạt động này miễn là họ đảm bảo việc giữ mạch đập dưới 140 lần/phút (những vận động viên chuyên nghiệp nhịp mạch có thể cao hơn một chút). Ngay cả những phụ nữ mà thường ngồi nhiều trước khi mang thai thì nhìn chung thấy rằng luyện tập thể dục thường xuyên trong suốt thời kỳ mang thai giúp giảm mệt và giúp cải thiện sức cơ và sự chịu đựng, vì vậy làm giảm sự căng thẳng về thể xác cả lúc mang thai lẫn lúc sinh. Luyện tập thường xuyên trong suốt thời kỳ mang thai cũng có thể tránh tăng cân quá mức và dễ dàng giảm cân sau này. Những thông tin về luyện tập thể dục trong suốt thời kỳ mang thai có thể do các bác sĩ cũng như hầu hết các sách nói về vấn đề mang thai cung cấp. Thêm vào đó, Hội phụ nữ thanh niên địa phương, bệnh viện, công viên quận thường mở các lớp dạy cách luyện tập thể dục đặc biệt dành riêng cho phụ nữ mang thai và sau khi sinh.

Đối với những phụ nữ tuổi trung niên, các nghiên cứu mới đã chỉ ra rằng luyện tập nhịp điệu thường xuyên có thể giảm đáng kể nguy cơ bệnh mạch vành và bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin. Việc luyện tập vẫn có ích đến 70, 80 tuổi và hơn nữa.

Điều cuối cùng là tăng hoạt động thể lực đóng vai trò chính trong bất cứ chương trình giảm cân nào (xem phần kiểm soát trọng lượng).

Nguy cơ và bệnh do luyện tập thể lực là gì ?

Khi đang tập thể dục mà có các triệu chứng chóng mặt, đau nhói, tức ngực hay thở dốc thì nên ngưng lại ngay. Nếu như triệu chứng tiếp tục thì nên đi khám bác sĩ.

Trước khi bắt đầu bất kỳ chương trình hoạt động thể dục nào, người phụ nữ mà trước đó thường ngồi nhiều nên có cuộc kiểm tra sức khỏe tổng quát. Điều này đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ trên 45 tuổi và những người mắc bệnh tim, tiểu đường hoặc cao huyết áp.

BỎ HÚT THUỐC

Nhìn chung một phụ nữ tuổi trung niên hút thuốc có nguy cơ chết do bệnh mạch vành gấp 3 lần và nguy cơ chết do đột quỵ gấp 5 lần so với những phụ nữ không hút thuốc cùng tuổi. Phụ nữ hút thuốc trên 35 tuổi mà dùng thuốc ngừa thai dạng viên thì gia tăng nguy cơ mắc cả bệnh nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Ngay cả những phụ nữ hút ít từ 1 đến 4 điếu mỗi ngày thì nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch vẫn cao hơn những phụ nữ không hút thuốc. Trái ngược với những gì người ta thường nghĩ, giảm lượng thuốc lá có nicotin dường như không đủ bảo vệ để chống lại những nguy cơ nêu trên. Chẳng có mức sử dụng thuốc lá nào được cho là an toàn.

Hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có thể ngăn ngừa được ở cả nam giới và phụ nữ tại Mỹ. Người ta đổ lỗi cho thuốc lá gây ra 419.000 trường hợp chết mỗi năm (hoặc 1 trong 5 tử vong) do bệnh tim mạch, đột quỵ, ung thư phổi, thanh quản, khí quản, bàng quang, tụy, dạ dày. Những người hút thuốc thì tỷ lệ mắc bệnh loét đường tiêu hoá cao,

và có khuynh hướng dễ bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, bệnh đục thủy tinh thể cao hơn so với nhóm không hút thuốc.

Hầu hết những gì mà chúng ta biết về những tác hại của việc hút thuốc đều dựa trên những nghiên cứu có quy mô lớn trên nam giới. Nhưng những bằng chứng ngày càng cho thấy rõ ràng phụ nữ hút thuốc như nam giới thì cũng mắc bệnh và tỷ lệ chết như họ.

Lợi ích của bỏ hút thuốc lá

Nhiều nguy cơ mắc bệnh có liên quan đến thuốc lá có thể bị đẩy lùi hoặc giảm thực sự khi chúng ta bỏ hút thuốc lá. Sau khi bỏ hút thuốc, nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch sẽ giảm ngay trong năm đầu tiên. 10 đến 15 năm sau khi bỏ hút thuốc, tất cả những nguy cơ này dường như giảm gần giống như người chưa bao giờ hút thuốc. Điều này hoàn toàn đúng dù cho người phụ nữ đó bao nhiêu tuổi và thời gian hút thuốc là bao lâu và mức độ hút như thế nào. Ngay cả đối với những phụ nữ bỏ thuốc sau khi đã có một số triệu chứng do thuốc lá gây ra thì điều này vẫn đúng mặc dù tổn thương càng nhiều thì thời gian hồi phục sẽ càng dài.

Hiệu quả cao nhất đạt được ở những người hút thuốc nếu như họ từ bỏ thuốc lá lúc còn trẻ khi họ hút thuốc còn tương đối ít và khi họ vẫn chưa mắc bệnh gì do thuốc lá. Vốn biết các tác hại sức khỏe có liên quan đến trọng lượng mà sau khi ngưng thuốc trọng lượng lại tăng trở lại nhưng điều này không đáng kể so với những nguy cơ có liên quan đến hút thuốc.

Cách tốt nhất để bỏ hút thuốc là gì ?

Nhìn chung, ý thức về vấn đề sức khỏe không đủ thúc đẩy người ta bỏ hút thuốc lá. Trên 90% những người hút thuốc hiện nay biết khá rõ rằng hút thuốc có hại đối với sức khỏe của họ, tuy vậy cảm giác sợ sệt mơ hồ về chuyện mắc bệnh trong tương lai không đủ làm cho họ bỏ thuốc lá. Tuy nhiên, động lực thúc đẩy nhiều người từ bỏ hút thuốc lá là sự gia tăng các triệu chứng liên quan đến thuốc lá như là đau ngực, ho dai dẳng hoặc khó thở ở những người hút thuốc hoặc ở những người thân của họ hoặc bạn bè họ. Những triệu chứng này có thể hoặc không liên quan đến việc hút thuốc nhưng nó khiến người hút thuốc lo sợ khi xem mình như một người bị tổn thương. Áp lực xã hội cũng đóng vai trò gợi lên sự quyết tâm bỏ thuốc lá.

Hầu hết những người hút thuốc ngày nay nói rằng họ nên bỏ và ít nhất là phải cố gắng để làm được điều đó. Thường thì phải mất 2 hoặc 3 lần trước khi bỏ hẳn được thuốc lá. Bởi vì bỏ hút thuốc đòi hỏi phải có lý trí. Việc bỏ hút thuốc cũng giống như là một quá trình học trong đó sự sai lầm lần đầu có thể giúp thành công cho những lần sau. Thực sự là hầu hết những người hút thuốc trải qua hàng loạt giai đoạn đấu tranh tư tưởng trước khi họ có thể bỏ hút thuốc hẳn. Đầu tiên là thiếu quan tâm ban đầu trong việc bỏ thuốc. Kế đến, người hút thuốc bắt đầu nghĩ về những nguy cơ sức khỏe do thuốc lá và dự định sẽ ngưng hút thuốc vào một ngày nào đó. Khi một số triệu chứng

xuất hiện, hoặc áp lực xung quanh; hoặc bồi dưỡng sức khỏe sẽ thúc đẩy những phương án tích cực quyết tâm từ bỏ thuốc trong tháng tới. Cuối cùng, cái ngày bỏ thuốc lá thực sự đến và người đó ngưng hút thuốc. Giai đoạn cuối cùng đạt được khi việc không hút thuốc được duy trì mãi mãi.

Một điều làm cho việc từ bỏ hút thuốc trở nên khó khăn là nhiều người hút thuốc lệ thuộc cả thể chất lẫn tinh thần vào thuốc lá. Khi mà hút thuốc bị cấm, triệu chứng cai thuốc xuất hiện sẽ làm cuộc sống của họ trở nên khó khăn. Triệu chứng thiếu nicotine bao gồm thèm muốn một điếu thuốc, dễ nổi cáu, lo lắng, , thiếu kiên nhẫn và tức giận; khó tập trung; đói nhiều và khó ngủ. Những triệu chứng này thường bắt đầu trong vòng vài giờ sau điếu thuốc lá cuối cùng và thường dữ dội nhất trong 2 đến 3 ngày đầu do thiếu thuốc và thường giảm sau 2 đến 3 tuần. Mức độ triệu chứng tùy thuộc vào lượng nicotine mà người đó dùng trước đó. Bởi hầu hết những triệu chứng này (trừ chuyện thèm thuốc lá) thì không liên quan đặc hiệu với chuyện hút thuốc nên nhiều người không nhận ra điều đó như thế nào.

Mặc dù một vài bằng chứng cho thấy rằng những triệu chứng cai nicotine thường nặng hơn trong giai đoạn hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt ở phụ nữ, nhưng bỏ thuốc sớm hơn chu kỳ thì dường như cũng không cải thiện được cơ hội thành công. Một giải pháp tốt hơn để vượt qua triệu chứng do thiếu nicotine là phương pháp điều chỉnh hành vi. Những phương pháp này giúp người hút thuốc nhận ra tín hiệu

muốn hút thuốc và cố gắng phá vỡ sự liên quan giữa động lực và hành vi và học cách kiểm chế sự ham muốn hút thuốc. Những kỹ năng này có thể học tại nhà từ các quyển sách nhỏ hoặc bằng hình hoặc trong một nhóm. Nếu cần bác sĩ cũng có thể kê đơn kẹo nicotin hoặc miếng dán da để làm dễ chịu do thay đổi quá mức khi chuyển từ hút thuốc sang không hút thuốc.

Bất kỳ ai cố gắng bỏ hút thuốc phải ý thức được tác dụng xấu của cà phê và rượu, vì những người hút thuốc thường dùng những thứ này nhiều hơn những người không hút thuốc. Nhiều bác sĩ khuyên những người đã hút thuốc nên tránh rượu tạm thời sau khi bỏ hút, bởi vì uống những thức uống có chất cồn dường như dễ gây nên tình trạng hút thuốc trở lại. Do cà phê mà việc hút thuốc có khuynh hướng làm gia tăng tốc độ bài tiết caffein ra khỏi cơ thể. Vì vậy, khi ngưng hút thuốc, lượng caffeine còn lại trong máu sau khi dùng một lượng cà phê chuẩn thì cao hơn trước kia và kết quả gây nên tình trạng hồi hộp bất thường.

Vì người hút thuốc dùng thuốc lá để thư giãn hoặc làm nhẹ đi những cảm xúc tiêu cực như tức giận, lo lắng và thất vọng, nên việc bỏ thuốc lá thường làm thói quen sống hàng ngày ít nhiều khó khăn. Mất đi công cụ đối phó này có lẽ thực sự khó khăn đối với phụ nữ, nhiều người thấy rằng khó biểu lộ sự tức giận một cách trực tiếp. Cấm hút thuốc có lẽ cũng khó khăn đối với nhiều người có thói quen hút thuốc vào lúc sáng sớm vừa thức dậy hoặc người có

thói quen dùng một tách cà phê vào buổi sáng. Mặc dù với những ý định cố gắng bỏ thuốc lá tốt nhất thì những tác động kích thích lòng ham muốn hút thuốc cũng giống như kiểu nghe tiếng chuông làm con chó của Pavlov tiết nước bọt. Cần nhắc lại lần nữa là chiến lược thay đổi hành vi thường là cách tốt nhất để né tránh rào cản tâm lý và hành vi để từ bỏ thuốc lá.

Một lý do nữa giải thích tại sao nhiều người hút thuốc tiếp tục dùng thuốc lá là vì họ có cảm giác vừa thích lại vừa ghét chuyện từ bỏ thói quen hút thuốc. Điều này thực sự rõ ràng ở những phụ nữ hút thuốc. Mặc dù phụ nữ cũng có thể từ bỏ thuốc lá thành công như nam giới nhưng có một vài điều làm phức tạp quá trình này đối với họ. Điều chính yếu là vấn đề về trọng lượng. Sự thật là những người hút thuốc khi bỏ hút thì tăng trung bình 2 đến 5 cân so với những người cùng tuổi, cùng chiều cao mà chưa từng hút thuốc. Điều đó có thể vì thiếu nicotin làm tốc độ chuyển hóa giảm, mặc dù cũng có thể là những người đã bỏ hút thuốc có khuynh hướng dùng thức ăn để thay thế thuốc lá. Dù giải thích kiểu nào đi nữa, khoảng 4 trong 5 người hút thuốc tăng cân sau khi ngưng thuốc và phụ nữ bỏ hút dường như tăng cân nhiều hơn nam giới. Áp lực để có một thân hình thon thả đối với phụ nữ hiển nhiên sẽ làm nản chí nhiều người hút thuốc trong việc bỏ hút thuốc lá.

Tuy nhiên, nếu nêu ra tất cả nguy cơ của hút thuốc có lẽ sẽ làm thay đổi được thái độ về chuyện tăng cân. Mặc dù

vậy, trong một sự sắp xếp có hệ thống, tăng từ 2 đến 5 cân thì chưa hẳn là nguy cơ nghiêm trọng đối với sức khỏe. Chỉ khoảng 1 trong 10 người phụ nữ đã từng hút thuốc tăng hơn 12 cân. Những người hút thuốc nhiều (trên 25 điếu/ngày) tăng cân nhiều hơn những người hút thuốc ít. Hầu hết các trường hợp phụ nữ sau khi bỏ thuốc lá chỉ tăng cân ít và có thể giảm lại nếu như họ muốn một khi việc cố gắng từ bỏ thuốc lá đã đạt được. Sử dụng kẹo nicotin có thể trì hoãn việc tăng cân, ít nhất cho đến khi ngưng sử dụng kẹo. Tránh các gói thức ăn có năng lượng cao và tăng cường hoạt động thể chất sẽ giúp ích rất nhiều. Nhưng cố gắng ăn kiêng và từ bỏ thuốc hút cùng một lúc thì hầu như luôn luôn ngược lại với kết quả mong muốn.

Một khó khăn nữa trong việc từ bỏ hút thuốc là thiếu sự ủng hộ ngoài xã hội. Bằng chứng cho thấy rõ ràng những người bỏ hút thuốc mà nỗ lực của họ được bạn bè, gia đình ủng hộ thì khả năng thành công cao hơn là những người muốn bỏ hút thuốc mà không được sự ủng hộ nào cả. Ngoài ra, những người hút thuốc có vợ hoặc chồng không hút thuốc thì khả năng bỏ hút cao hơn. Và phụ nữ hút thuốc ít có khả năng so với nam giới có chồng hoặc đồng nghiệp ủng hộ tích cực nỗ lực bỏ thuốc lá của họ. Vì những lý do này mà những phụ nữ cố gắng bỏ thuốc lá phải tìm cách yêu cầu người nhà giới hạn hút thuốc ở khu vực bên ngoài hoặc giới hạn khu vực lại để bảo đảm trong nhà hoặc nơi làm việc không có khói thuốc. Đôi khi cũng có thể tìm thấy sự ủng hộ từ các chương trình khuyến khích ngưng hút thuốc.

Một trở ngại cuối cùng trong việc bỏ hút thuốc là việc người phụ nữ cảm thấy phiền phức như các rối loạn xúc cảm, đặc biệt là trầm cảm. Cho tới nay người ta đã thấy rõ rằng những người hút thuốc có triệu chứng trầm cảm, và tiền sử trầm cảm chủ yếu nhiều hơn ở những người không hút thuốc. Nhiều nhà nghiên cứu nghi ngờ rằng việc từ bỏ thuốc lá có lẽ thực sự thúc đẩy dẫn đến trầm cảm ở những người hút thuốc có tiền sử trầm cảm chủ yếu và rằng hút thuốc trở lại có thể hồi phục lại tâm trạng. Hơn nữa, những người hút thuốc bị trầm cảm thì có lẽ ít khả năng bỏ thuốc hơn những người hút thuốc chưa bị trầm cảm. Vì trầm cảm phổ biến ở nữ giới gấp 3 lần nam giới nên tất cả những quan sát này là thực sự thích hợp với phụ nữ hút thuốc. Điều quan trọng là phải điều trị triệu chứng trầm cảm trước khi cố gắng bỏ hút thuốc. Thêm vào đó, bất kỳ người phụ nữ nào đang cố gắng bỏ thuốc lá nên xem chừng triệu chứng trầm cảm của mình.

Trong tất cả các trường hợp, bất kỳ ai cố gắng bỏ thuốc lá thì không nên nản chí bởi những thất bại tạm thời. Nếu như ngừng thuốc đột ngột là quá khó khăn thì nên tập bỏ theo kiểu cắt giảm thuốc hút từ từ hoặc chuyển qua loại thuốc có ít nicotin. Nếu như không thể bỏ thuốc một mình người phụ nữ có thể tham gia các chương trình không hút thuốc hoặc các nhóm hỗ trợ hoặc ở trong danh sách cần được bác sĩ giúp đỡ. Liên hệ với Hiệp hội phổi Mỹ và Hội ung thư Mỹ (có thể tìm thấy trong niên giám điện thoại) cũng là một cách tốt để tìm thấy các chương trình giúp bỏ thuốc một

cách hữu ích đồng thời cũng được cung cấp thêm một số thông tin khác. Nhiều chương trình này không những hướng dẫn các kỹ thuật thay đổi hành vi mà còn đưa ra sự ủng hộ từ phía người cố vấn và những thành viên của nhóm và điều này đặc biệt có giá trị đối với phụ nữ hút thuốc.

Liệu pháp thay thế nicotin có hiệu quả hay không ?

Bỏ hút thuốc bao gồm hai thử thách riêng biệt nhau: phải vượt qua sự nghiện nicotin và phá bỏ thói quen hút thuốc. Liệu pháp thay thế nicotin dưới dạng kẹo hay dạng miếng dán có thể giúp hai thử thách tách biệt này bằng cách cho phép người hút thuốc tập trung vào phá vỡ thói quen hút thuốc trước khi đi đến đối đầu với việc nghiện nicotin. Mặc dù nhiều người hút thuốc có thể tự vượt qua cơn nghiện nhưng kẹo nicotin hoặc miếng dán nicotin có thể giúp ích cho những người có triệu chứng cai nicotin nặng.

Cả kẹo nicotin và miếng dán nicotin đều có thể khá an toàn và hiệu quả, ngay cả những người hút thuốc mắc bệnh mạch vành nếu dùng một cách hợp lý. Nicotin (dạng kẹo hay miếng dán) có tác dụng tốt hơn nếu kết hợp với chương trình cố vấn về hành vi, dạy cho những người hút thuốc cách phá vỡ thói quen hút thuốc. Cả hai dạng thay thế nicotin (dạng kẹo hay miếng dán) đều có tác dụng bằng cách thay thế lượng nicotin đủ để phong tỏa các triệu chứng cai nicotin nhưng lại quá nhỏ để tạo nên cảm giác dễ chịu như khi hút thuốc lá. Ngược lại với thuốc lá thường làm thay đổi nồng

độ nicotin trong máu, thì cả kẹo và miếng dán đều cho ra một nồng độ nicotin tương đối cố định trong máu.

Phụ nữ gần đây bị đau tim hoặc đau thắt ngực không ổn định hoặc rối loạn nhịp tim nặng thì không nên sử dụng liệu pháp thay thế nicotin và đương nhiên cũng không nên tiếp tục hút thuốc lá. Các nhà nghiên cứu vẫn còn chưa chắc rằng liệu một trong hai sản phẩm trên có an toàn đối với phụ nữ đang mang thai hay không.

Miếng dán nicotin

Miếng dán nicotin được dán vào những chỗ da không có lông trên cánh tay hoặc thân mình vào buổi sáng đầu tiên khi người đó dự định bỏ thuốc. Miếng dán chứa hàm lượng nicotin cố định và sẽ được giải phóng ra với một liều lượng cố định rồi thấm qua da suốt cả ngày. Ba trong bốn loại miếng dán hiện nay có trên thị trường để dán trong 24 giờ và thay vào mỗi buổi sáng hôm sau. Loại miếng dán thứ 4 được bỏ ra trước khi đi ngủ để có một khoảng thời gian trống không có miếng dán. Hầu hết cần sử dụng miếng dán khoảng 2 đến 3 tháng, trong khoảng thời gian này liều lượng nicotin trong miếng dán có thể được giảm dần.

Tác dụng phụ thường gặp nhất là kích thích tại chỗ dán, nhưng điều này thường có thể được điều trị bằng bôi các chế phẩm steroid. Miếng dán không thích hợp đối với những phụ nữ bị nổi ban lan rộng trên da. Đôi khi những người sử dụng miếng dán thấy rằng họ có những giấc mơ đầy ấn tượng, mất ngủ và hồi hộp. Để kiểm soát những

tác dụng phụ này, nên tháo miếng dán khi đi ngủ hoặc giảm bớt liều lượng nicotin trong miếng dán.

Kẹo nicotin

Kẹo nhai nicotin hơi khó sử dụng chính xác, và được sử dụng dựa trên hai lợi điểm khác nhau, không phải nhai giống như kẹo cao su. Thay vào đó là mỗi miếng chỉ nên nhai đủ lâu để giải phóng nicotin (có hương vị giống như hồ tiêu). Sau khi kẹo được đặt vào khoảng giữa má và lợi trong ít phút hoặc cho đến khi vị tiêu biến mất. Đến khi đó nên nhai kẹo vài lần nữa cho đến khi nicotin được giải phóng ra, và rồi lại đặt vào khoảng giữa lợi và má một lần nữa. Nên lặp đi lặp lại toàn bộ tiến trình này khoảng nửa giờ hoặc cho đến khi vị tiêu không còn nữa. Điều quan trọng là không được uống bất cứ thức uống gì trong khi nhai kẹo và tránh dùng thức uống loại acid như cà phê ít nhất 1 hoặc 2 giờ trước khi sử dụng kẹo.

Hầu hết mọi người cần nhai từ 9 đến 12 miếng kẹo một ngày để ngăn ngừa các triệu chứng do thiếu thuốc, mặc dù vậy những người nghiện thuốc nặng có lẽ cần khoảng 30 miếng kẹo. Sau 6 tuần sử dụng, có thể giảm từ từ số lượng miếng kẹo. Sử dụng kẹo nicotin thường gây ra ít tác dụng phụ hơn. Những triệu chứng như buồn nôn, khó tiêu, nấc, chóng mặt thường là triệu chứng của cai nicotin. Một số biểu hiện khác là do việc nhai kẹo gây ra như đau hàm răng và loét miệng. Khoảng 5 đến 10% những người sử dụng kẹo nicotin có sự phụ thuộc dài hạn vào kẹo.

Không nên sử dụng kẹo nicotin cho những phụ nữ có hội chứng khớp thái dương - hàm dưới, một bệnh khớp giữa xương hàm và sọ khá phổ biến.

Những phương pháp điều trị khác như thế nào?

FDA (Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ) vừa mới công bố loại chất chống trầm cảm bupropion (Wellbutrin) như là một phương tiện trợ giúp trong việc ngừng hút thuốc. Bằng chứng cho thấy rằng những người bỏ hút khi sử dụng thuốc này thì tỷ lệ thành công cao hơn so với những người không dùng.

Bupropion, về mặt hóa học thì không liên quan đến các thuốc chống trầm cảm khác, bao gồm loại chứa chất ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc và chất chống trầm cảm ba vòng. Cơ chế hoạt động của bupropion thì chưa được biết chính xác. Tuy nhiên, người ta biết rằng những người hút thuốc có tiền sử bị trầm cảm thì dễ có một giai đoạn trầm cảm sau khi bỏ hút. Những người thường có triệu chứng thiếu nicotin dai dẳng sau khi bỏ hút cũng dễ bị trầm cảm hơn. Vì phụ nữ thường dễ bị trầm cảm hơn so với nam giới, nên về mặt tâm lý họ có thể trở nên nhanh chóng nghiện nicotin hơn và triệu chứng thiếu thuốc thì nghiêm trọng hơn do vậy bupropion thực sự giúp ích cho những phụ nữ đang cố gắng bỏ hút.

GIẢM CĂNG THẲNG (STRESS)

Theo những báo cáo phổ biến trong vài năm trước đây, người nhân cách loại A dễ bị căng thẳng và được đặc trưng bởi sự ganh tị, tham vọng, xa cách, thiếu kiên nhẫn, vội vã và ám ảnh, đặc biệt có khuynh hướng dẫn đến bệnh tim. Trong khi những cuộc nghiên cứu mới cho thấy rằng những người có nhân cách như thế ít có thể thành công được thì nhiều bác sĩ vẫn cho biết rằng những vấn đề cảm xúc mãn tính, mâu thuẫn giữa cá nhân với nhau và trầm cảm cũng như sự căng thẳng thường ngày và lo lắng có thể là yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim.

Một vài cuộc thử nghiệm trên động vật và quan sát lâm sàng trên người đã gợi ý một vài cơ chế sinh lý hợp lý giúp giải thích được tại sao và bằng cách nào cảm xúc và hành vi có ảnh hưởng lên trái tim con người. Chẳng hạn như, với kích thích nhỏ nhất như cuộc đối thoại vô tình cũng có thể thúc đẩy dẫn đến tăng huyết áp cấp. Huyết áp sẽ tăng cao và trong thời gian dài hơn nếu như cảm xúc tức

giận và sợ hãi bị khơi dậy. Lo lắng dường như làm tăng huyết áp ở phụ nữ nhiều nhất, trong khi đó ở nam giới sự tức giận lại thường gây tăng huyết áp nhất. Theo một số nhà nghiên cứu, sự gia tăng huyết áp dù nhất thời như vậy nhưng nếu xảy ra hàng nghìn lần thì có thể gây tổn thương các thành mạch máu (xem phần cao huyết áp).

Hơn nữa, loài động vật có vú khi căng thẳng sẽ có những thay đổi về sinh lý mà điều này thúc đẩy sự đông máu (cơ chế bảo vệ động vật chống lại sự mất máu trong chấn thương) và tăng lưu lượng máu đến các cơ quan sống và cơ cần thiết cho sự chiến đấu hoặc chạy trốn. Tăng đông máu và nhu cầu cao hơn cho tim trong những thay đổi như thế này có thể sẽ khởi phát đau tim. Những nghiên cứu khác cho thấy rằng những thay đổi về cảm xúc có thể gây ảnh hưởng lên hệ thần kinh tự động, đây chính là hệ điều hòa nhịp tim. Đối với những căng thẳng chịu đựng sẽ dẫn đến hiện tượng ăn nhiều, hút thuốc nhiều hơn nữa, xao lãng luyện tập thể dục và những thói quen làm hại sức khỏe này tác động xấu lên tim.

Tất nhiên, không phải là tất cả những người nhân cách loại A thì nên cố gắng làm cho mình trở nên bình tĩnh hơn, ít tham vọng hơn người nhân cách loại B. Mãi cho đến bây giờ vẫn chưa có bằng chứng thuyết phục nào cho thấy rằng sự thay đổi phản ứng cảm xúc có thể thực sự ngăn ngừa bệnh tim hoặc những rối loạn nguy hiểm khác, và nhân cách loại A thường nhận được phần thưởng lớn trong xã hội thì việc cố gắng thay đổi sẽ gợi lên sự lo lắng đối với nhiều người.

Tuy nhiên, một người đã có nguy cơ mắc bệnh thì có lẽ sẽ nghĩ đến chuyện thay đổi hành vi và thái độ cư xử với mục đích là giảm buồn bực, căng thẳng và lo lắng trong cuộc sống của họ, đặc biệt nếu có một cuộc sống thú vị hơn. Điều quan trọng hơn nữa là bất kỳ ai đã trải qua sự căng thẳng đáng kể thì nên đặc biệt chú ý đến việc loại trừ những thói quen khác và những yếu tố nguy cơ bệnh tật như là hút thuốc hoặc cao huyết áp.

Ai có nguy cơ có mức căng thẳng cao?

Người phụ nữ hiện đại ngày nay được coi là chìm trong một đại dương đầy sự căng thẳng. Ngoài những căng thẳng thường ngày như là lo cho con nhỏ và bố mẹ lớn tuổi, nhiều phụ nữ ngày nay phải đương đầu với nhiều căng thẳng tại công sở. Kể từ cuối thập niên 60, 300 giờ làm việc - bao gồm cả thời gian làm việc tại sở làm và thời gian chăm sóc gia đình đã làm tăng thêm tổng thời gian làm việc hàng năm của một người phụ nữ. "Người mẹ công việc" là người trụ cột chính trong nhiều gia đình hai thế hệ, và là trụ cột duy nhất trong hầu hết các gia đình một thế hệ. Mặc dù cả nam giới lẫn phụ nữ thường cảm thấy căng thẳng trước một công việc lặp đi lặp lại, đơn điệu, nhưng ở phụ nữ còn phải đối mặt với chuyện trả lương không công bằng (mức lương đối với phụ nữ ở mức trung bình chỉ khoảng 71% so với nam giới có cùng bằng cấp và chức vụ), thiếu bảo hiểm sức khỏe đầy đủ và những lợi ích khác (đặc

biệt là ở những bộ phận cơ quan phần lớn là nhân viên nữ), quan điểm phong kiến và vai trò của một người mẹ đã ngăn cản nhiều phụ nữ có một chỗ đứng trong chính quyền so với nam giới có cùng khả năng và khó khăn trên hết là sự quân bình giữa trách nhiệm công việc và gia đình.

Một báo cáo của sở lao động đã tiết lộ rằng căng thẳng đối với phụ nữ đi làm là vấn đề lớn nhất hàng ngày. Phần lớn sự phiền toái gặp ở những phụ nữ 40 tuổi có nghề nghiệp chuyên môn và quản lý, và cả những bà mẹ đơn độc. Những bà mẹ này thì cho rằng vấn đề lớn nhất của họ là quân bình giữa gia đình và công việc, bao gồm cả việc chăm sóc đầy đủ cho con cái.

Mâu thuẫn giữa các cá nhân dường như là điều thường gây căng thẳng ở phụ nữ trong khi đó sự tranh đua và những thử thách mang tính trí óc thì gây nhiều căng thẳng ở nam giới. Những cuộc nghiên cứu cho thấy rằng những thử thách mang tính tranh đua dẫn đến huyết áp tăng cao hơn mức trung bình, thậm chí ngay cả trong lúc ngủ. Những nam giới có nhân cách loại A. Những ghi nhận cho thấy công việc khó khăn về lâu dài sẽ gây tổn thương hệ tuần hoàn (hoặc với nam giới có nhân cách loại A hoặc cao huyết áp thường có khuynh hướng chọn những công việc áp lực cao). Nhưng đối với phụ nữ thì áp lực công việc dường như ít ảnh hưởng lên huyết áp. Trường hợp ngoại lệ xảy ra ở những phụ nữ làm công việc quản lý mang tính quan trọng cao.

Điều làm cho huyết áp của phụ nữ tăng vọt là mâu thuẫn giữa các cá nhân và sức ép ở nhà, đặc biệt là khi có vấn đề với chồng con. Những kết luận như trên làm cho mọi thứ dường như khắc nghiệt đối với những phụ nữ ở vị trí quản lý cao khi về nhà với con cái và những trách nhiệm gia đình khác. Nam giới có khuynh hướng được nghỉ ngơi sau khi ngừng công việc có áp lực cao, nhưng phụ nữ có cùng công việc như thế thì thường không được nghỉ ngơi. Sự căng thẳng không ngừng này cuối cùng đưa người phụ nữ vào vòng lẩn quẩn.

Trong độ tuổi sinh sản của phụ nữ, do tác dụng bảo vệ của estrogen nên họ đã có một sự che chở để chống lại sự căng thẳng về thể chất, đặc biệt là tác dụng của estrogen lên mức cholesterol. Trong một nghiên cứu người ta thấy rằng ngay cả những phụ nữ nhân cách loại A có mức cholesterol huyết thanh tương tự như những người phụ nữ ít có tính ganh đua (và ít căng thẳng) và thấp hơn nhiều so với nam giới cùng nhân cách loại A. Mặc dù mức LDL (yếu tố gắn liền với bệnh tim mạch) khá cao ở những phụ nữ có chức vụ quản lý, nhưng mức cholesterol có tính bảo vệ (HDL) cũng vẫn còn rất cao ở tất cả phụ nữ dù cho công việc và nhân cách của họ như thế nào đi nữa.

Phụ nữ giảm căng thẳng như thế nào ?

Nhiều phụ nữ có thể giải quyết căng thẳng trong cuộc sống dễ hơn nam giới bởi vì họ có thể nhận dạng ra chúng

và đương đầu với chúng tốt hơn bằng cách trút hết sự phiền não cùng với bạn bè hoặc ngay cả cho phép mình khóc thật nhiều để có thể xua đi những tác động xấu của căng thẳng. Phụ nữ có khuynh hướng chọn một lối sống lành mạnh hơn chẳng hạn như lựa chọn thức ăn một cách cẩn thận, giảm cân, bỏ thuốc lá, ngủ đầy đủ, và có chương trình luyện tập cơ thể; những điều này thường giúp họ vượt qua những phiền toái, khó khăn trong cuộc sống.

Những phụ nữ có cảm giác bị chìm hoàn toàn trong sự căng thẳng có thể thử chọn một số chiến lược chống lại sự căng thẳng (xem biểu đồ). Một khi nhận ra nguồn gốc của căng thẳng, sắp xếp lại những nhu cầu và học cách tìm kiếm sự thoải mái trong những lĩnh vực ít buồn chán của cuộc sống, bạn có thể cảm thấy tuyệt vời. Hình thành thói quen cố định hàng ngày, năng động tìm kiếm sự giúp đỡ ngoài xã hội và tin tưởng vào khả năng giải quyết vấn đề của chính mình có thể giúp nhiều phụ nữ khống chế căng thẳng tốt hơn. Đối với những phụ nữ quá bị cuốn hút bởi công việc có thể giảm bớt căng thẳng bằng cách đôi khi phải chấp nhận hủy bỏ tạm thời thói quen thường ngày hoặc phải thức tỉnh nhận ra rằng một người không thể giải quyết tất cả các vấn đề cùng một lúc.

Những bài luyện tập thư giãn có thể giúp giảm bớt những căng thẳng của cuộc sống hàng ngày. Ngồi thiền và tập yoga nhiều năm hoặc nhiều tháng được ghi nhận là làm giảm mức huyết áp cao xuống và thuật thôi miên có

thể làm cho người ta cảm giác bớt lo lắng. Trong một vài trường hợp trở nên quyết đoán có thể giảm bớt căng thẳng, thật sự có ích khi nói về sự nhàm chán của công việc hoặc tìm hiểu những tài liệu góp ý phản nản của các công ty. Tham dự khóa học về quản lý giờ giấc hoặc phương pháp ngồi thiền sẽ giúp cho phụ nữ được nghỉ ngơi trong suốt thời gian căng thẳng bất thường.

PHƯƠNG PHÁP GIẢM STRESS:

+ **Thay đổi môi trường:**

Giảm chứng căng thẳng bên ngoài như tiếng ồn và sự ô nhiễm.

Giảm sự kích thích ở nhà nếu có thể được.

Giảm sự kích thích ở công sở nếu có thể được.

Giảm sự đe dọa đối với an toàn bản thân.

+ **Thay đổi hành vi:**

Ăn uống điều độ, cân bằng.

Ngủ đủ.

Tập thể dục đầy đủ.

Học phương pháp thư giãn hoặc ngồi thiền.

Giảm bớt rượu và cà phê.

Giảm tiếp xúc với những tình huống dẫn đến mâu thuẫn.

Dự một khóa học về cách sắp xếp thời gian.

Trải qua sự thôi miên

+ **Tập có thái độ mới:**

Giữ giới hạn giữa mình và những người khác.

Hãy thử chọn những gì mới mẻ cho bản thân.

Hãy nhận thức rõ hơn về những gì bạn đang cảm nhận thấy.

Hãy sẵn sàng bày tỏ những gì bạn đang cảm thấy cần.

Hãy tự tin hơn về năng lực của chính mình.

Hãy nhận thức rõ hơn về khả năng thay đổi bên trong của bản thân

KIỂM SOÁT CÂN NẶNG

Vấn đề bàn cãi của các nhà nghiên cứu về cân nặng hiện nay là đối với một chiều cao nhất định nào đó thì cân nặng ở giới hạn nào được xem tương ứng để có sức khỏe tốt ở người trưởng thành. Và liệu giới hạn này có thay đổi theo tuổi hay không? Liệu tăng cân vừa phải ở tuổi trưởng thành có phù hợp với sức khỏe tốt hay không.

Theo báo cáo của Hội Tư vấn về chế độ ăn uống năm 1990 (do Phân viện nông nghiệp, Phân viện về sức khỏe và phục vụ con người ấn hành) và các cuộc phân tích được thực hiện ở Viện nghiên cứu về bệnh tuổi già quốc gia, thì tăng cân sau tuổi 35 là phù hợp với một sức khỏe tốt ở cả nam lẫn nữ. Dựa trên các bản thống kê của các công ty bảo hiểm nhân thọ, họ kết luận rằng tỷ lệ tử vong chung là thấp nhất ở những người chỉ tăng một ít cân mỗi thập niên trong tuổi trưởng thành. Những lời chỉ dẫn không phân biệt giữa trọng lượng của nam và nữ bởi vì nhiều người cho rằng xương và cơ của phụ nữ nhẹ hơn nam giới

nên ở phụ nữ có thể có tỷ lệ phần trăm mỡ nhiều hơn nam giới có cùng chiều cao, nhưng họ vẫn được coi là khỏe mạnh (xem biểu đồ).

Nhưng một nghiên cứu trên 115.000 nữ y tá do các nhà nghiên cứu của đại học Harvard gần đây đã dội gáo nước lạnh vào những quan điểm lạc quan trên. Cuộc nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao hơn ở phụ nữ có trọng lượng trên giới hạn trung bình (theo hướng dẫn của USDA) và thấp hơn ở phụ nữ có trọng lượng ở giới hạn dưới của bình thường. Phụ nữ có cân nặng trung bình thì nguy cơ đau tim cao hơn 50% so với những phụ nữ có cân nặng thấp hơn cân nặng trung bình 15% và ngay cả đối với phụ nữ có cân nặng trong giới hạn bình thường thì sự tăng cân vừa phải sau 18 tuổi cũng liên quan đến nguy cơ gia tăng bệnh tim. Phụ nữ tăng thêm khoảng 5 cân hay ít hơn ở đầu tuổi trung niên thì nguy cơ đau tim rất thấp. Tác giả của nghiên cứu này khuyến khích chúng ta nên trở về bảng phân loại trọng lượng lý tưởng năm 1959, bảng này không đề cập đến tuổi và khuyến khích cân nặng thấp đối với phụ nữ mọi lứa tuổi (xem bảng cân nặng 1983 để so sánh).

Một điểm lo lắng khi nhìn vào hoặc tỷ lệ tử vong chung hoặc tỷ lệ tử vong do bệnh tim thì nguyên nhân lớn nhất gây tử vong ở những người phụ nữ sau tuổi trung niên là gì. Tăng cân vừa phải dường như hạ thấp nguy cơ tử vong chung nhưng lại gia tăng nguy cơ chết do đau tim. Liệu rằng những người hơi mập thì tần suất mắc bệnh ung thư

và các bệnh khác đe dọa tính mạng thấp hơn có bù đắp được nguy cơ mắc bệnh tim hay không? Điều này là có thể nhưng mọi dữ liệu thì hầu như vẫn còn mập mờ.

Có hai điều mà chúng ta biết chắc là những người mà tăng cân một cách đáng kể trong thời gian trưởng thành thì chết sớm hơn tuổi thọ trung bình. Và dù rằng người Mỹ đã trở nên mập hơn trong những thập niên gần đây nhưng tuổi thọ dự tính của họ vẫn tiếp tục tăng, điều này gợi ý rằng thêm một vài cân thì chẳng đe dọa nguy hiểm gì lắm cho sức khỏe chung.

Bảng cân nặng theo khuyến cáo của USDA

<i>Chiều cao không kể giày</i>	<i>Cân nặng không kể y phục</i>	
	<i>19-34 tuổi (kg)</i>	<i>Trên 35 tuổi (kg)</i>
1,50 mét	43-57	48-62
1,55	45-59	50-65
1,58	47-61	52-67
1,60	49-63	53-68
1,65	50-65	55-70
1,68	52-67	57-73
1,70	53-69	58-75
1,72	54-72	60-77
1,77	56-74	62-80
1,80	58-76	64-82
1,82	59-78	65-84
1,85	61-80	68-87
1,90	63-82	70-90

Bảng so sánh cân nặng và chiều cao năm 1959 và 1983		
<i>Chiều cao không kể giày</i>	<i>Cân nặng không kể y phục</i>	
	<i>1959 (kg)</i>	<i>1983 (kg)</i>
1,20 mét	41-54	45-59
1,30	43-56	46-60
1,50	44-57	47-62
1,55	45-58	48-63
1,58	47-60	49-65
1,60	48-62	50-67
1,65	49-64	51-68
1,68	51-66	53-70
1,70	53-67	54-72
1,72	55-69	55-74
1,77	57-71	57-75
1,80	58-74	58-76
1,82	60-76	59-78

Phương pháp tốt nhất để giảm cân

Những chứng minh gần đây cho thấy rằng nếu như giảm từ 10% đến 20% lượng mỡ dư thừa do tăng cân thì rất tốt và cần thiết cho sức khỏe, và rất dễ giảm cân. Đặt ra mục tiêu thực tế nhất thường là cố gắng giảm không quá 10% trọng lượng cơ thể. Do vậy một phụ nữ cân nặng 72 kg nên giảm không quá 7,2kg. Sau đó, nếu cần thiết, thì mục tiêu mới tiếp theo là giảm thêm 10% nữa, nhưng mỗi thời gian đề ra mục tiêu tiếp theo này là sau khi trọng lượng mới

được duy trì trong một năm. Việc giảm 10% trọng lượng cơ thể sẽ giảm nguy cơ mắc bệnh mạch vành, tiểu đường và cao huyết áp trong khi đó tốc độ chuyển hoá của cơ thể vẫn bình thường (không phải là quá chậm) trừ khi người phụ nữ cân nặng hơn 20% trọng lượng lý tưởng của họ thì việc tăng cường tập luyện thể dục, tăng mức hoạt động lên và điều chỉnh lại thói quen ăn uống lành mạnh dường như mới có ý nghĩa lâu bền so với chế độ ăn giảm cân mỗi đợt.

Nhìn chung bất kỳ phương án kiểm soát trọng lượng nào cũng nhấn mạnh đến chuyện giảm cân từ từ (0,45 kg/tuần). Giảm ăn quá nhanh hoặc nhịn đói có thể làm giảm cân (chính xác hơn là nước) trong vài ngày đầu tiên nhưng chỉ làm cho tốc độ chuyển hoá thấp xuống và điều này làm cho việc đốt cháy mỡ càng khó khăn hơn. Ăn kiêng nhanh và không cân bằng thường gây hậu quả làm mất đi các mô cơ và các chất dinh dưỡng cần thiết. Chế độ ăn kiêng dựa trên thức uống nhiều protein, bổ sung vitamin và khoáng chất thì an toàn hơn nhưng hiếm khi tạo hiệu quả giảm cân trong thời gian dài.

Muốn tạo ra 0,454 kg mỡ thì cần 3.500 calo, do vậy muốn giảm 9 kg phải hạn chế lượng calo ăn vào khoảng

$$\frac{9 \times 3.500}{0,45} = 7.000 \text{ calo}$$

Nhưng chỉ cắt giảm lượng calo thì không đủ bảo đảm được một chế độ ăn kiêng an toàn và thành công. Bất kỳ chế độ ăn kiêng an toàn và thành công nào đối với một

người phụ nữ trưởng thành cũng nên tập trung vào tinh bột, trái cây và rau quả và bao gồm cả sữa ít chất béo hoặc không có chất béo và sữa chua để đảm bảo nhu cầu về canxi. Nên hạn chế dùng đường đơn và chất béo. Phương án như vậy sẽ đòi hỏi nhiều bữa ăn và ăn nhẹ chia ra trong một ngày, lượng calo đưa vào mỗi ngày ít nhất 1.000 đến 1.200 calo, đủ đạm và lượng chất béo ăn vào giới hạn 20% lượng calo toàn phần. Trong chế độ 1.200 calo đến 1.500 calo mỗi ngày, có nghĩa là ăn không quá 27g đến 33g chất béo mỗi ngày. Chế độ ăn chứa 1.800 calo có nghĩa là ăn không quá 44g chất béo. Cách đơn giản để ước lượng và theo dõi lượng chất béo ăn vào là sử dụng sách tính gram chất béo; đọc nhãn thức ăn và ghi lại toàn bộ lượng chất béo dùng trong thức ăn hàng ngày.

Việc tăng cường các hoạt động thể chất đóng vai trò chính trong bất kỳ chương trình giảm cân nào. Bài tập thể dục kéo dài trên 30 phút thực tế rất hữu ích, bởi vì sau thời gian đó cơ thể bắt đầu đốt cháy lượng mỡ trong cơ thể để tạo ra năng lượng (thêm nữa là đường carbohydrat). Một vài nghiên cứu cho thấy rằng tập thể dục sau bữa ăn có thể làm tăng tốc độ chuyển hoá, thậm chí hơn những bài luyện tập chung chung và vì vậy cũng tăng số lượng calo bị đốt cháy.

Dù áp dụng bất kỳ phương cách nào thì phụ nữ vẫn có khuynh hướng giảm ít cân hơn nam giới bởi vì lượng mô cơ của họ thấp hơn. Những người mà ít khi bị tăng cân nhiều thì khi bắt đầu tăng cân hoặc nhiều tuổi hơn cũng có khuynh hướng giảm cân khó khăn hơn.

Nhiều phụ nữ tìm đến những chương trình theo nhóm chẳng hạn như chương trình “những người theo dõi trọng lượng” và thấy rất hữu ích. Những tổ chức này cung cấp kiến thức và những lời khuyên về dinh dưỡng cũng như ủng hộ và khuyến khích hội viên. Những chương trình tốt nhất tập trung vào việc thay đổi cách lựa chọn thức ăn nhiều dinh dưỡng và bài tập luyện thể dục, cũng như giảm bớt thái độ tiêu cực đối với thức ăn và chuyện ăn uống. Họ cũng hiếm khi mua những thức ăn mắc tiền và vitamin. Những nhóm này thường đưa ra những chương trình làm thay đổi hành vi rất hữu ích trong việc thay đổi cách ăn uống bất thường.

Thuốc giảm cân:

Mặc dù nhiều nhà nghiên cứu tin là có những bằng chứng rõ ràng và thuyết phục rằng các loại thuốc làm giảm khẩu vị (chẳng hạn fenfluramin và phentermine) là hiệu quả và an toàn, thì một số người khác lại cho rằng hầu hết những người dùng thuốc chỉ giảm được rất ít cân và có thể tăng cân trở lại rất nhanh. Họ cũng cho rằng thuốc có thể dễ dàng trở thành vật thay thế cho việc giáo dục, việc luyện tập thể dục và nguồn dinh dưỡng và cuối cùng hiển nhiên việc duy trì cân nặng mới này trở nên khó khăn. Thêm vào đó, thuốc giảm khẩu vị cũng có thể gây ra các tác dụng phụ như khô miệng và uế oải cũng như những biến chứng đe dọa tính mạng nhưng hiếm (xem phần béo phì). Nhưng nghĩ cho cùng, những loại thuốc này cũng không thay thế được nguồn

dinh dưỡng, thói quen ăn uống lành mạnh và luyện tập. Thuốc có thể có lợi cho những người có đã giảm cân trong thời gian dài và bị tăng cân trở lại. Đặc biệt nếu như họ đã có những biến chứng của béo phì.

Một số bệnh nhân thấy rằng thôi miên, châm cứu và những liệu pháp thay thế khác giúp họ điều khiển được khẩu vị và thay đổi thói quen ăn uống. Cho đến nay vẫn chưa thực hiện được những điều tra khoa học về sự an toàn và hiệu quả của tất cả những liệu pháp này.

Nguy cơ và những biến chứng do ăn kiêng

Mặc dù nguy cơ đe dọa sức khỏe vốn gắn liền với béo phì, nhưng hành động ăn kiêng đôi lúc cũng có thể gây nguy cơ đối với một số phụ nữ. Ăn kiêng kéo dài không những có thể làm giảm lòng tự trọng và lòng tự tin mà ao ước được mảnh mai ở phụ nữ lại liên quan đến một tỷ lệ cao bị rối loạn ăn uống như bệnh biếng ăn tâm thần, ăn vô độ kiểu tâm thần và “say ăn”. Những phụ nữ ăn kiêng mà chỉ cần giảm cân ít thôi (dưới 10% trọng lượng của họ) có thể kết thúc bằng giảm nhiều mô cơ hơn là mô mỡ không mong muốn.

Mặt khác nữa, bây giờ không chỉ là chuyện giảm cân hay tăng cân mà do ăn kiêng gây ra nhiều nguy cơ cho sức khỏe. Những bài báo cáo được công bố trước đây đã dựa trên những cuộc nghiên cứu thất bại trong việc không phân biệt giữa người giảm cân tự nguyện và những người sụt cân do mắc bệnh.

Chuyện ăn kiêng thực tế có thể không hay gì lắm đối với thanh thiếu niên vì đây là lứa tuổi phát triển và tăng trưởng. Không chỉ lượng calo mất đi cản trở cơ thể đang dà phát triển mà sự ám ảnh về chuyện mảnh mai và ăn kiêng có thể gây rối loạn ăn uống hoặc có đầu óc tiêu cực. Tăng cường hoạt động và lựa chọn thức ăn bổ dưỡng mới là việc thực sự có ý nghĩa đối với thiếu niên hơi bị quá cân. Mặc dù ăn kiêng là giải pháp thích hợp trong trường hợp cân nặng đã trở thành vấn đề nghiêm trọng nhưng chỉ nên tiến hành ăn kiêng dưới sự hướng dẫn của bác sĩ. Khi có rối loạn ăn uống thì liệu pháp gia đình có lẽ được khuyến cáo trong một số trường hợp.

Yếu tố sức khỏe nào liên quan với cân nặng?

Bản thân người phụ nữ không nên tự cho rằng họ không khỏe mạnh khi cân nặng trên hoặc thấp dưới mức tiêu chuẩn. Cân nặng chỉ là một trong nhiều yếu tố phản ánh sức khỏe của con người. Để đánh giá tổng trạng sức khỏe có ý nghĩa hơn thì nên xem xét cân nặng cùng với sức khỏe thể chất, tiền sử gia đình, các yếu tố lối sống như là hút thuốc và uống rượu và sức khỏe tinh thần.

Những bằng chứng thu thập được cho thấy là cân nặng không quan trọng trong tiên đoán bệnh tim bằng tỷ lệ mỡ trên mô cơ. Dù cho cân nặng bao nhiêu đi nữa, những người mà mỡ tích tụ nhiều ở vùng bụng thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tiểu đường cao hơn những người mỡ tích

tụ ở vùng mỡ hay đùi. Phụ nữ tập thể dục thường xuyên nhưng vẫn lên cân chút ít thì không cần phải quá lo lắng về sức khỏe của tim mình. Nghiên cứu trên những y tá của Harvard cho thấy rằng hút thuốc lá (thường phổ biến ở những phụ nữ gầy) là yếu tố nguy cơ cho bệnh tim cao hơn nhiều so với sự tăng trọng lượng cơ thể và nếu như phụ nữ uống trên 2 cốc rượu mỗi ngày có nguy cơ mắc các bệnh đe dọa tính mạng bao gồm cả nghiện rượu, còn phụ nữ uống hơn mức trung bình (1 đến 2 cốc mỗi ngày) có nguy cơ mắc bệnh tim thấp hơn những phụ nữ không uống rượu. Và cuối cùng, liệu pháp thay thế estrogen được biết là làm giảm nguy cơ bệnh tim ở tất cả mọi phụ nữ.

Từ một số nghiên cứu còn tiếp tục trong tương lai và các cuộc phân tích hồi cứu, chúng ta có thể thấy rằng một phụ nữ năng động dùng liệu pháp thay thế estrogen, không hút thuốc, dùng 1 cốc rượu mỗi bữa ăn và tăng một vài kg trong nhiều năm là cách tốt nhất để sống khỏe mạnh và lâu dài. Nhưng từ giờ cho đến khi cuộc nghiên cứu hoàn thành thì người ta vẫn tin rằng để có một trái tim khỏe mạnh thì cân nặng phải giữ ở mức lý tưởng.

MỤC LỤC

Lời mở đầu	5
BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ	13
Cơn đau thắt ngực	14
Rối loạn nhịp tim	27
Bệnh động mạch vành	36
Suy tim	64
Các bệnh van tim	69
CÁC TÌNH TRẠNG ĐI KÈM KHÁC	79
Đái tháo đường	80
Cao huyết áp	86
Tăng cholesterol	99
Béo phì	114
Đột quỵ	123
NĂM QUYỀN KIỂM SOÁT	132
Sử dụng rượu	133
Chế độ ăn	136
Liệu pháp thay thế estrogen	145
Luyện tập thể dục	153
Bỏ hút thuốc	157
Giảm căng thẳng (stress)	169
Kiểm soát cân nặng	176

ĐAU TIM

CÁC BỆNH TIM Ở PHỤ NỮ

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
ĐT: 04. 7625922; Fax: 04. 7625923

Chịu trách nhiệm xuất bản : **HOÀNG TRỌNG QUANG**
Biên tập : **BS. HẢI YẾN**
Trình bày bìa : **THỦY DƯƠNG**
Sửa bản in : **HẢI YẾN**

Cơ quan liên kết:
TRUNG TÂM THÔNG TIN
KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ HÓA CHẤT

61 - 616N.1
MS ————— 563 - 2001
YH - 2002

In 1000 cuốn, khổ 14,5x20,5cm. Tại Xí nghiệp In Bến Thành 161-163 Bến Chương Dương - Q1 TP.HCM. GPXB số: 25-563/XB-QLXB và số trích ngang 03/XBYH do Cục xuất bản cấp.

In xong và nộp lưu chiểu Quý I năm 2004.